



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL EM UTENTES
DE UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM
CRISE NO USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOACTIVAS*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante -

Marta Raquel Carneiro Rodrigues

Porto, Julho de 2012



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL EM UTENTES
DE UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM
CRISE NO USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOACTIVAS*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante -

Marta Raquel Carneiro Rodrigues

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professor Doutor Pedro Dias

E co-orientação de
Mestre Maria Carmo Carvalho

Porto, Julho de 2012

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço à Professora Maria Carmo Carvalho, pelo seu contributo para a realização deste trabalho, a sua orientação foi fundamental. Mas acima de tudo agradeço os ensinamentos que me transmitiu pois contribuíram em muito para a minha evolução profissionalmente.

Aos participantes do estudo sem os quais este estudo não seria possível.

Aos meus pais que sempre me deram todo o apoio, e permitiram que eu realizasse um dos meus grandes objectivos de vida. Sem eles não seria possível, a eles um muito obrigado.

Aos meus irmãos que sempre me deram todo o apoio não só para a conclusão deste trabalho, mas ao longo de todo o percurso de aprendizagem.

À minha prima Dinea Rodrigues, que me prestou a maior disponibilidade num momento determinante da minha vida, a minha vinda para o Porto, a ela um agradecimento muito especial.

Às minhas amigas, Mariana Cardoso, Isabel Barroso, Ana Pinto, Diana Dinis, Alice Rocha e Joana Martins, por todo o apoio e por todo o carinho.

À minha amiga Dália Correia por me ter incentivado e ajudado neste percurso.

A todos os professores da FEP-UCP, a eles agradeço todos os ensinamentos que me transmitiram.

Resumo

O presente estudo tem como objectivos avaliar a eficácia de um programa de intervenção em crise em contextos recreativos, e contribuir para a descrição da sintomatologia de crise desencadeada por estados modificados de consciência. Os objectivos surgiram do facto de a intervenção em contextos recreativos continuar a não ser fruto de um processo de avaliação consistente. O segundo surgiu do facto da literatura não ser unânime ao definir a natureza dos sintomas e as consequências futuras dos estados alterados de consciência. No entanto os resultados do presente estudo não permitem generalizações, mas permitem uma descrição da sintomatologia dos participantes do KC, para um conhecimento mais ajustado do grupo-alvo, ajustando da melhor forma a intervenção. Resumindo o presente estudo contribui para a consolidação do *Kosmicare* enquanto programa que visa a promoção da saúde e a prevenção da doença em participantes de contextos recreativos.

O principal resultado do estudo chega à conclusão que realmente a intervenção teve os efeitos desejados no grupo alvo, ou seja, houve resolução da crise. As diferenças na sintomatologia do pré-teste para o pós-teste foram estatisticamente significativas ($p > .05$). Respondemos assim ao objectivo principal do estudo que vem contribuir para preencher uma lacuna, pois os programas em contextos recreativos não possuíam um processo de avaliação sistemático e consistente (Akbar, Baldacchino, Cecil, Riglietta, & Sommer, 2011). Assim o estudo veio dar um contributo para o KC, um programa que pretende ser alvo de uma avaliação contundente para se tornar um programa cada vez mais sólido ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença.

Abstract

The objective of this present study is to evaluate in a recreational context, the efficiency of an intervention programme in crisis and contribute to the description and symptoms of the crisis caused, by modified states of the conscience. The objectives arose from the fact that in recreational contexts, the intervention continues to not be the result of consistent evaluation. The second emerged from the fact that the literature wasn't unanimous in defining the nature of the symptoms and the future consequences of the modified state, but permits a description of the KC participant symptoms to a more stipulated knowledge of the target group, helping the intervention to adjust. To conclude, the present study contributes to the consolidation of the *Kosmicare* as a programme aiming to promote health and the prevention of illness in participants from the recreational context.

The main result of the study concludes that the intervention actually had the desired effects on the target group, helping the crisis to be resolved. The differences noticed in the comparison of the symptoms in the pre-test with the ones of the post-test were statistically significant. ($p > .05$). This responds to the main objective of the study and contributes to fill in the gap, as the recreational programmes in context don't have a process of systematic and consistent evaluation. (Akbar, Baldacchino, Cecil, Riglietta, & Sommer, 2011). In this way, the study has given a contribution to the KC, a programme aimed at giving a blunt evaluation in order to become a programme that is more and more solid in the area of health promotion and illness prevention.

Abreviaturas:

SPA- Substâncias Psicoactivas

KC- Projecto Kosmicare

RRMD- Redução de Riscos e Minimização de Danos

MDMA- 3-4 metilenodioximetanfetamina

LSD- Dietilamida do ácido lisérgico

Índice de Anexos

Anexo A: Instrumento *Mental Stat Exam Cheklist (MSEC)*

Índice de Tabelas:

Tabela 1: Tabela de frequências que representa o género dos participantes.

Tabela 2: Questões de investigação; Hipótese de investigação; Hipótese Nula e Hipótese alternativa. Corresponde ao momento do pré-teste.

Tabela 3: Questões de investigação; Hipótese de investigação; Hipótese Nula e Hipótese alternativa. Corresponde ao momento do pós-teste.

Tabela 4: Representa o tratamento de dados referente à estatística inferencial.

Tabela 5: Tabela de frequências que representa as modalidades de adesão ao KC.

Tabela 6: Tabela de frequências que representa os motivos de adesão ao KC.

Tabela 7: Corresponde às estatísticas descritivas dos sintomas no pré-teste e pós-teste em relação ao motivo da adesão ao KC.

Tabela 8: Tabela de frequências que corresponde às SPA usadas pelos participantes.

Tabela 9: Corresponde às estatísticas descritivas dos sintomas no pré-teste e pós-teste em relação às SPA usadas.

Tabela 10: Comparação de médias dos sintomas do pré-teste em relação ao género.

Tabela 11: Comparação de médias dos sintomas do pré-teste com as diferentes modalidades de adesão ao KC.

Tabela 12: Apresentação dos dados relativos ao *Post-hoc Gabriel*.

Tabela 13: Comparação de médias dos sintomas do pré-teste com a ocorrência vs não ocorrência de poliuro.

Tabela 14: Comparação de médias dos sintomas do pós-teste em relação ao género.

Tabela 15: Comparação de médias dos sintomas do pós-teste com as diferentes modalidades de adesão ao KC.

Tabela 16: Apresentação dos dados relativos ao *Post-hoc Gabriel*.

Tabela 17: Comparação de médias dos sintomas do pós-teste com a ocorrência vs não ocorrência de poliuro.

Tabela 18: Comparação da sintomatologia do pré-teste com a do pós-teste.

Índice de Gráficos:

Gráfico 1: Histograma que representa a idade dos participantes

Gráfico 2: Gráfico de Barras que representa a nacionalidade dos participantes

Gráfico 3: Gráfico de Barras com a apresentação da frequência dos participantes no festival

Gráfico 4: Gráfico circular que representa a frequência de poliuso dos participantes

Índice Geral

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	III
Lista de Abreviaturas	IV
Índice de Anexos	V
Índice de tabelas	VI
Índice de gráficos	VII
Introdução	1

Índice

Capítulo 1: Enquadramento Teórico	3
1.1: O uso de SPA, a sua relação com os contextos recreativos e os riscos associados	3
1.2: Estados Modificados de Consciência induzidos por SPA	6
1.2.1: Diferentes abordagens na leitura dos estados modificados de consciência induzidos por SPA	8
1.3: A relação dos Estados Modificados de Consciência com a crise: Uma compreensão de crise	11
1.3.1: As condições ideais para se lidar com a crise: Apresentação de um projecto de intervenção em crise nos usos de SPA em ambientes recreativos	12
1.4: A avaliação de projectos de intervenção: A avaliação da eficácia do KC com recurso à avaliação de resultados	15
Capítulo 2: Método	17
2.1: Participantes	18
2.2: Instrumento	21
2.3: Procedimentos	23
2.3.1: Recolha de dados	23
2.3.2: Tratamento de dados	23
Capítulo 3: Apresentação dos Resultados	29

3.1: Estatística Descritiva	29
3.2: Estatística Inferencial	34
3.2.1: Caracterização da Sintomatologia	34
3.2.2: Avaliação da eficácia	37
 Capítulo 4: Discussão dos Resultados	 40
 Capítulo 5: Conclusões	 47

Introdução

O fenómeno do uso de Substâncias Psicoactivas (SPA) começou a adquirir relevo a nível nacional na década de setenta. Havendo a necessidade de se criar respostas a um fenómeno que se vinha a tornar um problema social, surge um crescente interesse prático e conceptual em volta da temática (IDT, I.P, 2012). Porém, a partir da década de 70 até à actualidade verificam-se mudanças no fenómeno do uso de SPA. Nas décadas de oitenta e noventa assistia-se a um cenário centrado na figura do *junkie* e nos consumos de heroína de rua. Nos meados da década de noventa verificou-se uma viragem nos padrões de uso, tornando-se cada vez mais perceptível a associação com os contextos recreativos e o grupo de pares (Trigueiros & Carvalho, 2010).

As modificações que se observaram começam a suscitar o interesse da comunidade científica em relação ao uso de SPA em contextos recreativos (Viana, 2002). Os dados epidemiológicos vêm fundamentar este interesse, já que, quando consideramos os locais preferenciais de uso, verifica-se que as situações festivas aparecem largamente representadas. Num estudo de Balsa (2005), 47,2 % dos utilizadores usavam SPA em festas de passagem de ano, 27,1% em festas públicas, 25,7% em festas *tecno-raves* e 19,4% em festas transe.

Contudo, nestes contextos o uso pode acarretar riscos e danos para a saúde do utilizador, que podem ser decorrentes do desconhecimento dos riscos das SPA; do poliuso (uso de mais que uma SPA em simultâneo), pois a toxicidade aguda, os efeitos imediatos gerados pelo uso, pode ser favorecida por este padrão de uso; entre outras (EMCDDA, 2009; Silva, 2005). Como tal, devido à expansão do fenómeno e do facto do uso de SPA em contextos recreativos poder acarretar riscos para o utilizador, o estudo que se segue centra-se na temática da intervenção nos usos de SPA em contextos recreativos.

O programa de intervenção em que se centra o presente estudo surge no contexto de um festival bienal de música electrónica em Portugal, o Boom Festival. Este festival caracteriza-se por ter um forte pendor humanista, assim como o objectivo de melhorar os serviços prestados ao seu público-alvo. Promove um programa que permite consciencializar os participantes sobre os riscos associados ao uso de SPA. Em 2002 com o apoio da Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS) surge a primeira edição o *Cosmikiva Sanctuary*, um local de abrigo para os participantes que passavam por experiências psicadélicas e/ou emocionais difíceis (Carvalho, 2010).

Em 2008 o programa foi redesenhado e melhorado sendo atribuído um novo nome, o *KosmiCare*. O programa continua com a parceria da MAPS, ao qual se unem novos contributos como Erowid (especialistas em SPA), Energy Control (Drug testing), Check in (Redução de Riscos) e Geração + (Redução de Riscos) (Carvalho, 2010). Na edição de 2010, surge uma nova parceria, para além da continuação das anteriormente referidas, o IDT, I.P., com a finalidade de prestar cuidados de saúde e ceder materiais de informação. Neste ano também se inicia a parceria com a FEP-UCP que prestou apoio nas despesas relacionadas com a recolha de dados e oferecer recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas (Carvalho, et al., 2011).

O presente estudo terá como foco a intervenção em crise, um serviço específico prestado pelo KC (*Kosmicare*), que tem como objectivo prevenir o risco de desenvolvimento de doença mental grave associada ao uso de SPA, através de uma metodologia assente na intervenção em crise e na redução de riscos e minimização de danos. (Carvalho et al., 2011). Para perceber o contributo do presente estudo inserido neste programa formulamos os seus objectivos gerais como: avaliar a eficácia de um programa de intervenção em crise no uso de SPA em contextos recreativos; e contribuir para a descrição da sintomatologia de crise desencadeada por um estado modificado de consciência.

Posto isto, o trabalho que se segue divide-se em cinco secções. Inicialmente, apresentamos o enquadramento teórico, que pretende descrever o estado de arte da problemática que está a ser alvo de estudo. De seguida apresentamos o método que serviu de base ao estudo que congrega informação sobre os participantes, instrumentos e procedimentos de recolha e tratamentos de dados. Na terceira secção apresentam-se os resultados que serão discutidos na quarta secção do trabalho. Na última secção expomos as conclusões, onde se discutem os principais resultados, as limitações e propostas de futuras pesquisas para este campo de investigação.

1: Enquadramento teórico

1.1: O uso de SPA, a sua relação com os contextos recreativos e os riscos associados

Os contextos recreativos como exercem um forte protagonismo na vida juvenil acabam por legitimar comportamentos vistos como necessários para a obtenção de diversão e busca de prazer (Cruz & Machado, 2010; Lomba, Apóstolo, Mendes, & Campos, 2011), este aspecto leva ao aumento do envolvimento dos jovens com o uso de SPA. A literatura como forma de explicar este aumento sugere o termo Normalização, que comporta cinco aspectos fundamentais que medeiam a relação do indivíduo com a SPA: o aumento da disponibilidade / acessibilidade às SPA; o aumento da taxa de experimentação; o aumento da taxa de uso recente; as atitudes face ao uso (principalmente atitudes de não utilizadores); e o grau de acomodação social face ao uso (Parker, Williams, & Aldridge, 2002). A variação destes aspectos faz com que indivíduo adopte uma multiplicidade de estratégias de gestão do uso como forma de controlar a sua regularidade, os locais e os tipos de SPA usadas, conciliando-o com as responsabilidades convencionais (Cruz & Machado, 2010).

O uso recreativo acaba por se massificar podendo ser definido “como um comportamento social, com características etnográficas próprias, que ocorre geralmente em contexto grupal, previamente ou durante ambientes festivos, frequentemente associados a eventos e espaços, formais e informais, de música e dança, com o propósito de gerar relaxamento, desinibição, euforia, teoricamente sem a existência de critérios definidores de dependência, em face da SPA ou da existência de comportamento compulsivo no consumidor” (Viana, 2002, pp. 69). Com a expansão deste padrão de uso, os contextos recreativos passam a ser vistos como um espaço onde o uso é tolerado, e os seus frequentadores começam a ser uma população que interessa investigar (Calado & Lavado, 2010).

A nível nacional ainda há poucos estudos que relacionem esta população às questões das SPA (Calado & Lavado, 2010). No entanto destaca-se investigações de cariz qualitativo que dão relevância aos novos usos de SPA e às trajectórias de uso dos novos utilizadores, e utilizam como técnica de amostragem, a *snowball* para atingir utilizadores que habitualmente ficam excluídos nas amostras das investigações (Fernandes & Carvalho, 2000; Trigueiros & Carvalho, 2010). A nível internacional os

estudos qualitativos também são um importante recuso, pois permitem aceder à experiência subjectiva dos utilizadores e às significações que os mesmos atribuem ao uso (Reynaud-Maurupt, Cadet-Taïrou, & Zoll, 2009).

O que estes estudos nos dão a conhecer é que existem SPA que podem ser mais associadas a contextos de música e dança, como o caso da cannabis, anfetaminas e as alucinogénicas (Balsa, 2005; EMCDDA, 2011; Trigueiros & Carvalho, 2010). Os diversos motivos que podem levar ao uso de anfetaminas, especificamente a 3-4 metilenodioximetanfetamina (MDMA, vulgarmente conhecida como ecstasy), são os consideráveis efeitos pró-sociais que induzem, tais como: aumenta a autoconfiança, extroversão, sensação de felicidade, relaxamento, despreocupação, abertura, sociabilidade, conduzindo, a um aumento de sentimentos de proximidade e redução da defensividade interpessoal (Bedi, Phan, Angstadt, & Wit, 2009; Dumont et al., 2009; Liechti, Gamma, & Vollenweider, 2001).

No que se refere ao uso das substâncias alucinogénicas ou psicadélicas (Mescalina, Dietilamida do ácido lisérgico - LSD, Psilocibina) os motivos que levam ao seu uso é o forte poder que exerce na percepção, no humor e numa série de processos cognitivos, permitindo atingir uma modificação do estado de consciência que acaba por legitimar o seu uso (Calado, 2007; Nichols, 2004; Silva, 2006). Aliás os utilizadores salientam a vivência de experiências místicas que evocam sentimentos de significado espiritual, possibilitam o contacto com o divino, recordação de memórias passadas e sensação de maior autoconhecimento (Jansen, 2004; Kelly, 2011; Reynaud-Maurupt et al., 2009).

No entanto, apesar dos seus efeitos subjectivos, existem perigos reais e significativos que podem acompanhar o uso recreativo de SPA, nomeadamente as reacções adversas conhecidas como *bad trips*, que ocorrem sobretudo nestes contextos. As *bad trips* normalmente expressam-se por uma multiplicidade de sintomas tais como: paranóia extrema, sensação de que se pode enlouquecer, distúrbios perceptivos, de pensamento, ansiosos, depressivos e medo de perder o controlo do corpo, entre outros (Liechti, et al., 2001; Nichols, 2004; Piug, 2003).

No entanto, quando abordamos a relação do uso de uma SPA com os seus efeitos negativos devemos ter em conta a tríade SPA, utilizador e contexto (*drug – set - setting*) (Zinberg, 1980). Assim, compreende-se os efeitos adversos de acordo com esta conjugação, já que uma experiência difícil é causada por uma interacção complexa de factores internos e externos (Grof, 1976).

Abordando estes factores individualmente, quando nos debruçamos sobre a análise da SPA, na sua relação com os efeitos adversos, é necessário ter em consideração aspectos como: o grau de adulteração da SPA; a dose administrada que pode ser inapropriada, pois a quantidade do princípio psicoactivo pode variar de uma pastilha para a outra (o caso do MDMA, em que a quantidade presente em cada pastilha pode variar); e a ocorrência de poliuso, que comporta mais riscos para a saúde do utilizador do que o uso de uma substância isolada (Grof, 1976; Martínez, Vivanco, & Gómez, 2006; Viana, 2002).

Quando analisamos a relação da SPA com os seus efeitos adversos, e o papel do utilizador pode ressaltar-se aspectos como, o desconhecimento deste acerca dos efeitos induzidos pela SPA, que pode não possuir informação prévia nem uma preparação adequada para a sua administração; as expectativas face ao uso da SPA (Grof, 1976; Jansen, 2004); e o nível de funcionamento (forma como uma pessoa se comporta a nível social, profissional, académico, comportamental, emocional) anterior ao uso (Grof, 1976; Kanel, 2003).

No que diz respeito ao contexto Zinberg (1980) chega a destacar o seu papel preponderante, já que até à data a atenção estava voltada para as características farmacológicas da SPA e do sujeito que a ingeria. Actualmente sabe-se que o contexto pode potencializar os efeitos adversos da SPA, como por exemplo o caso de ambientes quentes que são propensos a complicações agudas, e sabe-se que há espaços de dança fechados com elevada temperatura e escassa ventilação (Martínez et al., 2006; Mohamed, Hamida, Cassel, Vasconcelos, & Jones, 2011). Nos festivais de verão é de destacar as altas temperaturas durante o dia contrastando com noites muito frias, muita poeira, mudanças consideráveis no sono, fracas condições para descansar (Carvalho, et al., 2011), aglomeração de pessoas e o ruído habitualmente alto. Como é visível estas características são inapropriadas para uma experiência de auto-exploração induzida pela SPA, normalmente psicadélicas, fazendo com que alguns sujeitos possam ter recordações consideradas subjectivamente desagradáveis. Além disso, quando se usa a SPA em grupo, a experiência desagradável de um dos sujeitos pode criar uma atmosfera negativa que contamina a experiência do resto do grupo (Grof, 1976).

A literatura que tem abordado a questão do uso de SPA em contextos recreativos tem enunciado que todos estes aspectos contribuem para que seja desencadeado um episódio de crise. Os sintomas que normalmente aparecem associados a este episódio são sobretudo de natureza psicológica (Grof, 1976). No entanto, há sintomas físicos que

a podem acompanhar e gerar complicações agudas, tais como: hipertonicidade muscular, taquicardia, hipertensão arterial, náuseas, excesso de calor e desidratação. Estas complicações físicas e de natureza aguda são sobretudo associados ao uso de MDMA (Martínez, et al., 2006; Viana, 2002).

A nível psicológico o episódio é expressado por sintomas como: desorientação, agitação, inquietação, e em quadros mais complicados sintomas como alucinações, paranóia, pânico e ansiedade (Viana, 2002). Estes sintomas podem dever-se a estados modificados de consciência induzidos por SPA (Nichols, 2004), como tal a próxima parte deste trabalho debruça-se sobre esse aspecto.

1.2. Estados modificados de consciência induzidos por SPA

Os estados modificados de consciência induzido por uma SPA, ao contrário daqueles que são induzidos por de doenças psiquiátricas são de curta duração (Studerus, Gamma & Vollenweider, 2010). No entanto esta definição é vista na literatura como discutível, pois não há consenso acerca das sequelas que os estados modificados de consciências induzidas por uma SPA podem produzir. Assim, podemos verificar visões antagónicas, enquanto, que algumas investigações defendem a sua limitação no tempo, e que se um sujeito tiver em atenção aspectos como o grau de adulteração da SPA, o contexto para a sua administração e outros factores que minimizem os riscos, pode ter uma experiência potencialmente satisfatória (Grof, 1976).

Estudos recentes referem que a investigação sobre a potencialidade da produção de estados modificados de consciência foi abandonada prematuramente, enaltecendo que os estudos deveriam continuar, pois um estado modificado de consciência pode ser potencialmente terapêutico (Nichols, 2004; Sessa, 2008). A concepção de que os estudos foram abandonados de forma prematura levou a comunidade científica depois de uma paragem na década de sessenta a revelar interesse neste campo, principalmente para o estudo da consciência e das neurociências cognitivas (Nichols, 2004), assim como a sua importância em contexto terapêutico (Bousso, Doblin, Farré, Alcábráz, & Gómez-Jarabo, 2004).

O seu uso em contexto terapêutico é muito controverso, apesar disso um estudo recente interrompido por razões políticas, que tinha como objectivo investigar a segurança de diferentes doses de MDMA, no género feminino com perturbação de *stress* pós-traumático secundário a uma agressão sexual, chegou à conclusão preliminar

que baixas doses de MDMA foram psicologicamente e fisiologicamente seguras para todas as participantes (Bouso, et al., 2004).

Um dos aspectos que demonstra o potencial terapêutico do MDMA consiste em reduzir ou eliminar temporariamente a ansiedade, contribuindo assim para o acesso a emoções e conflitos internos sem o medo avassalador normalmente associado a essas emoções e memórias (Bouso et al., 2004). Apesar da sua possível importância no uso psicoterapêutico, as características definidoras e os mecanismos neurobiológicos dos efeitos do MDMA ainda permanecem pouco compreendidos (Bedi, et al., 2009).

Uma outra visão pressupõe que há uma semelhança dos estados modificados de consciência induzidos por SPA com certos casos psiquiátricos, visto que os efeitos que os acompanham são profundas mudanças perceptivas, no humor, e numa série de processos cognitivos (Nichols, 2004), muitas vezes associados a uma psicopatologia, tal como distúrbios de ansiedade, perceptivos e psicóticos (Piug, 2003). Adicionalmente apontam a ocorrência de *flashbacks*, que se definem como um distúrbio perceptivo que consiste na revivência de um ou mais dos efeitos perceptivos que foram induzidos pela SPA, na completa ausência da mesma (Piug, 2003). A ocorrência de *flashbacks* é enfatizada como um impedimento para o uso de SPA em contextos recreativos, a noção de que o uso efectuado de forma imprudente e não estruturada pode ter imprevisíveis consequências psicológicas, vem reforçar a relevância da pesquisa sobre os efeitos das SPA (Nichols, 2004; Piug, 2003).

Neste sentido várias pesquisas têm sido levados a cabo para perceber tais efeitos. Deparamo-nos com estudos que pretendem analisar os efeitos de acordo com as diferenças entre o género feminino e masculino. Num estudo Liechti, Gamma e Vollenweider (2001) é possível constatar que o género feminino apresentava sintomatologia mais severa como distúrbios perceptivos, de pensamento, e medo de perder o controlo do corpo. Num outro estudo foi possível verificar que o género feminino era mais propenso a sofrer de sintomas depressivos associados ao uso de MDMA do que o género masculino (Falck, Wang, Carlson, & Siegal, 2006).

Para além destes estudos, ainda se encontram em curso investigações sobre os danos neurobiológicos que o uso provoca, no caso específico do MDMA, sugere-se que o uso pode causar neurodegradação serotoninérgica que pode originar depressão entre os utilizadores da SPA (Falck, et al., 2006). No entanto apesar dos estudos efectuados, este campo de pesquisa ainda se encontra com alguma falta de informação, nomeadamente sobre os efeitos a longo prazo, e os danos da combinação entre as

diversas SPA (poliuso) (Mohamed et al., 2011). Restando ainda saber se os seus efeitos a longo prazo da SPA podem dever-se: a uma coincidência accidental do uso da SPA e início de uma psicose; uma psicose preexistente e o uso da SPA ser efectivado como tentativa de auto tratamento; e o início da psicose desencadeada pelo uso da SPA (Nichols, 2004).

Além do mais, os efeitos psicofarmacológicos de algumas classes de SPA, nomeadamente psicadélicas, são difíceis de avaliar pelo seu carácter subjectivo, pois são fortemente dependentes das expectativas do utilizador e do ambiente em que o uso ocorre. No entanto estudos recentes referem que tais substâncias exercem um forte poder nos processos cognitivos e perceptivos, e que esse poder está relacionado com o efeito agonista num receptor de serotonina (5HT_{2A}). Todavia os seus efeitos continuam a carecer de mais pesquisa, na medida em que continuam a ser associados a experiências místicas e transcendentais, e analisados a partir da experiência subjectiva dos utilizadores (Nichols, 2004).

Apesar de todos os constrangimentos associados à natureza dos efeitos da SPA e sintomas que daí advêm é importante ter presente a forma como se expressam sintomatologicamente. A literatura defende que os sintomas do indivíduo não devem ser negligenciados, pois permitem ter uma maior compreensão da problemática (Kanel, 2003).

1.2.1. Diferentes abordagens na leitura dos estados modificados de consciência induzidos por SPA

Como foi referido anteriormente existem abordagens distintas na explicação dos estados modificados de consciência induzidos por uma SPA, que acabam por oferecer leituras diferentes quando olhamos para a sua sintomatologia, e serão apresentadas de seguida.

Uma destas leituras consiste na abordagem transpessoal. A abordagem transpessoal postula que todos os aspectos envolvidos num estado modificado de consciência não podem ser convencionados a partir de uma forma simplista e reducionista, relacionada a uma “psicose tóxica”. Em contraste uma experiência psicadélica é influenciada por vários factores como a componente farmacológica da SPA, a personalidade do indivíduo, e o contexto onde esta é usada, e que podem

contribuir para o evoluir de uma boa ou má experiência psicadélica (Grof, 1976; Jansen, 2004).

Além disso, as substâncias psicadélicas não produzem um estado com determinadas características estereotipadas, podendo ser vistas como um catalisador ou amplificador de processos mentais que medeia o acesso a material inconsciente, trazendo-o à consciência e disponível à experiência directa (Grof, 1976). Os fenómenos vividos durante a experiência psicadélica, tal como imagens, emoções, pensamentos, devem ser vistos como manifestações de capacidades latentes do psiquismo do indivíduo, ao invés de sintomas psicóticos (Grof, 1976).

A ideia de que as substâncias psicadélicas não produzem um estado com características estereotipadas, é reforçada pelo facto de que as experiências psicadélicas abrangem uma gama muito ampla de expressões perceptivas, emocionais e psicossomáticas. A mesma dose em circunstâncias parecidas, mas ingerida por sujeitos diferentes permitirá a cada um deles ter uma experiência totalmente diferente. Por outro lado, uma pessoa que tome repetidamente a mesma dose, terá uma experiência bastante diferente das demais. Os resultados duma análise de casos de experiências com LSD, demonstraram não haver um único sintoma que fosse uma componente constante em todas as experimentações, sendo considerada uma experiência invariável, multifacetada e idiossincrática (Grof, 1976). Na perspectiva dos utilizadores, ou seja uma análise fenomenológica, permite constatar que estes que estes normalmente atribuem novos significados a cada experiência (Sessa, 2008).

A literatura que se apoia nesta corrente argumenta que os efeitos adversos das SPA tem mais a ver com características intrínsecas do sujeito do que com os seus efeitos farmacológicos. Quando o uso de uma SPA leva a sintomas que abrangem uma grande parte de quadros psiquiátricos, podemos estar a ver a perturbação que já existia ao invés de efeitos de SPA, a ligação com o uso da SPA pode ser vista como uma coincidência (Jansen, 2004).

Uma outra leitura, a abordagem médica defende que os estados modificados de consciência induzidos por SPA promovem a ocorrência de perturbações, como o caso da Perturbação da Percepção Persistente por alucinogénicos. O DSM-IV-TR (2002) caracteriza-a como a recorrência transitória de perturbações da percepção reminiscentes das experimentadas durante uma ou mais intoxicações provocadas por alucinogénicos, ocasionando sofrimento clinicamente significativo, défices no funcionamento social, e perturbações perceptivas que podem incluir *flashes* de cor. O DSM-IV-TR (2002)

elencas outras perturbações induzidas por SPA tais como: *delirium* de intoxicação por alucinogénicos; perturbação psicótica induzida por alucinogénicos; perturbação de humor induzida por alucinogénicos e perturbação de ansiedade induzida por alucinogénicos.

Por esta razão o estudo da comorbilidade psiquiátrica tem denotado uma ascensão, pois acredita-se que os utilizadores de SPA podem ter uma maior incidência de comorbilidade psiquiátrica (Fabião, 2002; Marques-Teixeira, 1998). No entanto as investigações da comorbilidade ainda permanecem com determinadas lacunas, pois é ainda não se compreende a relação de causalidade entre a SPA e a perturbação, sendo difícil de esclarecer se as perturbações são anteriores ou posteriores ao uso da SPA (Singer, Linares, Ntiri, Henry, & Minnes, 2004).

A neurobiologia também tem abordado esta problemática, a sua principal premissa é que os utilizadores de SPA tendem a ter uma predisposição a nível biológico para continuar a escalada do uso ao abuso. A premissa é apoiada com base em desregulações nos neurotransmissores, principalmente os do sistema dopaminérgico, uma vez que este tende a ter um papel crucial na regulação do uso de SPA (Caldas, 2005).

O sistema dopaminérgico inclui células nervosas da área tegmental ventral (encontra-se na parte superior do tronco cerebral) que envia neurotransmissores para o núcleo accumbens, área associada a sensações de prazer e recompensa (Marques-Teixeira, 1998). Na ausência da SPA, após a libertação de dopamina no núcleo accumbens, a proteína transportadora recolhe a dopamina para o anterior da célula para não haver um excesso de neurotransmissores na fenda sináptica. Com o uso da SPA a proteína é bloqueada, fazendo com que não haja recaptação do neurotransmissor, e ocorre uma maior aglomeração de dopamina na fenda sináptica, levando a uma maior percepção de prazer e gerando recompensa (Marques-Teixeira, 1998). Este mecanismo induz alterações microscópicas nas estruturas neuronais do Sistema Nervoso Central (Caldas, 2005; Farate, 2006; Tavares, Silva-Araújo, Lopes, Gomes-da-Silva, & Sousa, 2002).

Um mecanismo semelhante ocorre no caso do MDMA. O MDMA faz com que a circulação cerebral seja invadida por serotonina, em comparação com situações em que não haja o seu uso. O MDMA bloqueia as proteínas transportadoras que captam a serotonina (neurotransmissor que exerce um papel crucial no humor do sujeito), na ausência da SPA, o efeito da serotonina é de curta duração e as reservas dentro do

neurónio são sempre repostas. Com o uso da SPA, esta bloqueia a recaptção da serotonina para o neurónio por ocupar os seus locais de ligação na proteína transportadora, levando a que a serotonina não possa ser armazenada (Macedo, 2000).

Todavia, para além destas questões mais ligadas à neurobiologia, existem abordagens que dão especial relevância à estrutura da personalidade do indivíduo, apontando-a como um determinante no uso da SPA. Estruturas de personalidades marcadas por inconsistência nas decisões, indiferença da relação interpessoal, valorização de aspectos como a liberdade, independência, prazer, insegurança em relação a si próprio e mecanismos de defesa imaturos, são mais propensas à escalada do uso ao abuso (Albuquerque, 2005).

No entanto os estudos da corrente neurobiológica centram-se sobretudo no uso regular das SPA e não tanto no seu uso esporádico. As pesquisas remetem especialmente para relatos de casos clínicos que sugerem que o uso mantido ao longo do tempo, pode ser associado a sintomas psiquiátricos crónicos que persistem após a cessação do uso da SPA (McGuire, 2000). No que concerne ao uso continuado de anfetaminas estima-se que pode acarretar desordens tais como: psicose paranóide, alucinações, comportamentos estereotipados, depressão e alterações do sono. Contudo, existem consequências graves do uso de anfetaminas e que podem ser decorrentes do seu uso esporádico. As pesquisas em experimentos animais demonstraram efeitos que parecem bastantes nocivos, pois quando a dopamina é libertada em grande quantidade pode lesar os neurónios que estão sem serotonina, levando à destruição desses neurónios (Macedo, 2000).

1.3. A relação dos estados modificados de consciência com a crise: Uma compreensão da crise

Os estados modificados de consciência induzidos por SPA podem desencadear episódios de crise, por todos os aspectos enunciados anteriormente, assim importa esclarecer o conceito de crise.

A crise pode ser definida como “uma reacção subjectiva a uma experiência de vida stressante, que afecta de tal forma a estabilidade do indivíduo que as suas competências de coping ficam seriamente comprometidas” (Roberts, 1990, p.8). Por outro lado a crise deve constituir três aspectos: o evento precipitante; sofrimento subjectivo pela percepção do evento precipitante e falha dos mecanismos de coping

normalmente utilizados; e a experiência do nível de funcionamento mais baixo do que o anterior ao evento precipitante (Kanel, 2003).

Quando ocorre o evento precipitante a reacção típica é o aumento da ansiedade, podendo ser vista como um mecanismo de defesa, quando o evento precipitante é muito exuberante. A ansiedade inicial se não for resolvida, ocorre a crise, durante a crise a pessoa vivencia estados subjectivamente desagradáveis o que a deixa mais vulnerável, já que não consegue utilizar os mecanismos de coping habituais. A intervenção passa por mudar a percepção do evento precipitante, pois o evento precipitante não pode ser alterado. A mudança na percepção do evento precipitante leva a obtenção de novos estilos de coping, que por sua vez diminui o sofrimento subjectivo e aumenta o nível de funcionamento (Kanel, 2003).

A crise pode ser enfrentada de forma adaptativa, ou desadaptativa, consoante a forma como a pessoa lida com evento precipitante. Por isso, é que um dos fundamentos da intervenção prende-se com o facto de que crise deve ser apresentada como uma oportunidade para a pessoa se confrontar com questões pessoais ou problemas que possam surgir no decurso da experiência. Dando lugar à noção de que uma experiência difícil não é necessariamente uma má experiência (Carvalho et al., 2011; Kanel, 2003).

Caso contrário se a percepção do evento precipitante não for alterada ocorre uma reacção de angústia, falha dos estilos de coping, quebra do nível funcionamento, originando vulnerabilidade e desequilíbrio. Configurando-se uma situação de perigo, que pode resultar em consequências adversas como o suicídio, psicose, entre outras (Kanel, 2003). Por tudo isto percebe-se a importância da intervenção em crise, portanto, de seguida serão apresentadas as condições ideais para se lidar com a crise.

1.3.1. As condições ideais para se lidar com a crise: Apresentação de um projecto de intervenção em crise nos usos de SPA em ambientes recreativos.

A intervenção em crise pode ser definida como uma psicoterapia de apoio de curta duração e tem como principal finalidade o alívio rápido dos sintomas e o retorno ao equilíbrio anterior. Normalmente este tipo de intervenção é indicado em situações agudas, que configurem uma situação de emergência (Ferreira, 2004).

A intervenção em situações de emergência é fundamental, como tal uma abordagem que se apoie na lógica da promoção da saúde e prevenção dos riscos, e de proximidade com o grupo-alvo, ganha um papel de destaque. A Redução de Riscos e

Minimização de Danos (RRMD) é um tipo de abordagem altamente relevante em contextos recreativos. A RRMD constitui-se como um modelo próprio de intervenção face à problemática do uso de SPA, assente nos pressupostos do pragmatismo, humanismo e da proximidade, que pretende substituir um comportamento que pode ser prejudicial por um outro que reduz drasticamente os factores negativos associados ao uso. Este tipo de resposta é pertinente para o indivíduo, independentemente do tipo de SPA, na medida em que desde a primeira experiência de uso, é relevante o conhecimento das potenciais consequências deste (Carapinha, 2009; Costa, 2001). Nestes contextos é fundamental a adopção de intervenções pragmáticas que privilegiem a proximidade com os utilizadores e a presença nos territórios em que o fenómeno acontece, atendendo a que muitas das vezes os utilizadores se encontram afastados dos centros de tratamentos convencionais (Calado, 2007; Silva, 2005).

Contudo outros métodos de intervenção podem ser úteis para responder especificamente a situações de crise, como a Psicoterapia Psicadélica (Carvalho, et al., 2011). A psicoterapia psicadélica fundamenta que as condições ideais para a resolução da crise envolvem um ambiente simples e seguro. Aliás sempre que a crise ocorrer em locais com um grande aglomerado de pessoas, o sujeito deve ser transferido para um lugar tranquilo e isolado e o espaço de intervenção deve ser uma área distanciada de todas as actividades do festival. O espaço de intervenção deve ser confortável, com ornamentação mínima, de modo a criar uma atmosfera de conforto (Carvalho, et al., 2011; Grof, 1976).

A primeira abordagem deve ser no sentido de avaliar o risco físico e garantir a segurança física. Se não houver risco físico é necessário proceder à recolha de informação sobre a SPA usada, quantidades ingeridas, o tempo decorrido desde a ingestão e se houve prática de poliuso (Carvalho, et al., 2011). Depois de recolher esta informação é necessário proporcionar uma situação interpessoal reconfortante, a abordagem terapêutica é não directiva, holística e baseada na escuta activa e aceitação do indivíduo. Também se deve fornecer protecção básica, apoiar e facilitar, não interferindo com o processo (facilitar ao invés de guiar), expressões como “tente manter a calma”, “tudo está bem” e afins são altamente desnecessárias, uma vez que podem contribuir para aumentar a sensação de desamparo e desesperança, assim como repetidos questionamentos também são de evitar (Grof, 1976; Carvalho, et al., 2011).

O programa de intervenção em crise que será alvo de interesse do presente estudo, tem como objectivo constituir-se uma estrutura que pretende diminuir o risco

de desenvolvimento de doenças mentais associados com o uso das SPA, principalmente psicadélicas, através da intervenção em crise, dando ênfase ao facto de que a intervenção pode transformar uma experiência negativa e frequentemente traumática numa experiência potencialmente positiva (Carvalho, et al., 2011).

No sentido de responder a este objectivo o KC é constituído por uma equipa que possui uma série de competências terapêuticas com conhecimento acerca do contexto e seus participantes. A equipa foi composta por 55 elementos que integravam uma equipa de coordenação, líderes de equipa (responsáveis pela triagem das situações à chegada dos alvos de intervenção, designando um *sitter*), *sitters* (responsável por acompanhar os alvos de intervenção, durante todo o tempo que estavam no espaço de intervenção, prestando cuidados especializados), profissionais de saúde, secretários (responsáveis pela logística e recolha de dados para a investigação), equipa de Redução de Danos e consultores (Carvalho, et al., 2011).

O KC incluía um ponto central sendo um espaço confortável, com ornamentação mínima, de modo a ajudar a criar uma atmosfera de conforto. O espaço também incluiu actividades artísticas exploratórias para formas não-verbais de expressão (materiais de arte, instrumentos de música tradicional), alimentos, bebidas e materiais RRMD (tampões de ouvidos, sprays de água, entre outras). Além deste ponto central existia uma estrutura adicional, uma tenda (*yurt*) utilizada como um ponto de maior isolamento, designadamente para situações mais preocupantes do ponto de vista clínico (Carvalho, et al., 2011; Grof, 1976).

A articulação com estruturas fora do local, como hospitais também foi possível, embora esta fosse em último recurso já que transferência imediata do indivíduo para o hospital no meio da experiência representa uma prática que pode prejudicial. A transferência feita por uma ambulância cria uma atmosfera de perigo e urgência e contribui para o agudizar da situação. Por outro lado, uma experiência negativa se for resolvida correctamente irá resultar numa experiência benéfica e o sujeito não precisa de tratamento adicional (Carvalho, et al., 2011; Grof, 1976).

Tendo em vista estes aspectos o KC pretende tornar-se um modelo exemplar e replicável noutros eventos. Sendo um modelo de informação e saúde pública, que caracteriza a população de utilizadores de SPA mais próxima da realidade actual e com novos padrões de uso, pois há uma necessidade cada vez mais reforçada de se olhar para os novos padrões de uso (EMCDDA, 2001). Por todos estes aspectos o KC pretende oferecer uma intervenção específica dirigida ao novo perfil de utilizadores não

problemáticos, para esse efeito procede-se ao processo de avaliação com vista a tornar o KC um projecto mais sólido em edições futuras (Carvalho, 2010).

1.4. A Avaliação de projectos de Intervenção: A avaliação da eficácia do KC com recurso à avaliação de resultados

O processo de avaliação de projectos de intervenção é fundamental, já que implica a recolha, análise e interpretação sistemática da informação sobre o modo como a intervenção se desenrola e sobre os efeitos que pode ter. A informação recolhida é frequentemente utilizada para decidir como melhorar uma intervenção ou se a mesma deve ser alargada ou abandonada (Kröger, Winter, & Shaw, 1998).

A avaliação sistemática e estruturada é um processo apontado como forma de promover a eficácia e a eficiência de programas (Almeida & Mourão, 2010). Apesar da necessidade e utilidade da avaliação serem sustentadas na literatura (Pan, Pan, Newman, & Flynn, 2006), as avaliações ainda são escassas, o que pode ser explicado pela insuficiência de conhecimentos, bem como pela incerteza e falta de confiança sobre o modo de avaliar efectivamente as intervenções (Kröger et al., 1998).

Contudo devido a esta necessidade, a avaliação de projectos de intervenção tem tido uma crescente evolução, verificando-se inconsistências de antigos métodos, para se dar lugar ao surgimento de novas metodologias como forma de incrementar o processo de avaliação. Uma das inconsistências que a metodologia da avaliação de projectos detinha era a fraca taxa de adesão dos participantes do programa de intervenção, no processo de avaliação. Demonstrando-se essencial em avaliações futuras a explicação dos objectivos desta actividade aos alvos de intervenção para promover a sua participação activa, já que a participação activa dos participantes é fundamental para uma avaliação eficaz (Jacob, Ouvrard, & Bélanger, 2011; Smith, Kalayil, Patel-Larson, Chen, & Vaughan, 2012).

Para além da participação activa dos alvos de intervenção no processo de avaliação, uma outra forma de incrementar este processo passa pela execução de follow-ups, na medida em que permitem conhecer os efeitos da intervenção a longo prazo (Devine, Farrel, Warren, Sadigov, & Carrol, 2012; Shannon, Walker, & Blevins, 2009). Adicionalmente, a literatura adverte-se para o interesse da complementaridade de métodos (Scarinci, Johnson, Hardy, Marron, & Partridge, 2009). O mesmo projecto de intervenção deve contemplar na sua avaliação, a avaliação de processo, de resultados,

conjugando vários dados de natureza quantitativa e qualitativa como forma de obter mais informação, e proporcionar uma avaliação com o máximo de multidimensionalidade (Celik, Abma, Klinge, & Widdershoven, 2012; Devine et al., 2012; Liang, Zuxun, Zhang, & Shen, 2011).

A investigação que se segue contribui para a avaliação da eficácia do programa de intervenção. A eficácia é o grau em que projecto cumprir com os objectivos a que se propôs inicialmente, sendo o procedimento utilizado para este efeito a avaliação de resultados. A avaliação de resultados prende-se com a análise dos efeitos da intervenção, procurando determinar se esta alcançou realmente os objectivos pretendidos, fornecendo, então, uma indicação da eficácia do programa (Smith, et al., 2011). A avaliação de resultados é essencial para ajuizar se é válido prosseguir, adaptar ou abandonar uma intervenção, permitindo identificar os seus efeitos, e ainda descrever, explorar ou determinar as mudanças que resultaram da aplicação do programa (Kröger et al., 1998).

A avaliação de programas na área das SPA encontra-se muito ligada a acções de prevenção da toxicodependência, tanto a nível nacional como internacional. Isto explica-se pelo facto da prevenção neste campo se encontrar em ascensão, contudo alguns dos projectos ainda não são eficazmente avaliados, pelo que a avaliação no domínio da prevenção da toxicodependência ainda necessitar de ser desenvolvida (Kröger, et al., 1998).

A nível nacional os projectos que integram o *Programa Intervir* que pretendiam disponibilizar informações no âmbito das SPA; treino de competências pessoais e sociais; formação parental; e realização de actividades lúdico-pedagógicas, foram sujeitos a um rigoroso processo de avaliação. O processo contemplou a avaliação de qualidade de programa e a avaliação apreciativa de programas, através de entrevistas apreciativas a técnicos, jovens e famílias envolvidas nos projectos (Almeida, 2009; Almeida & Mourão, 2010).

Foi também o caso do *Programa de Intervenção Focalizada* (PIF) que tinha como objectivo incrementar intervenções preventivas de carácter selectivo para famílias, crianças e jovens vulneráveis e indivíduos com padrões de consumo de SPA em contextos recreativos. O projecto foi sujeito a um rigoroso processo de avaliação que contemplou a avaliação de resultados e a avaliação de processo (Carvalho & Frango, 2010).

No que concerne aos contextos recreativos a literatura defende que devem ser locais onde a prevenção e intervenção precisa de ter lugar, privilegiando-se a proximidade com os utilizadores (Far, Jerez, Iglesias, & Gómez, 2007). No entanto a avaliação da intervenção em contextos recreativos ainda se encontra em desenvolvimento. Uma revisão da literatura sobre a intervenção em contextos recreativos, salienta que a intervenção apresenta desafios na determinação da eficácia. Alertando para a necessidade de avaliar os programas e determinar se são eficazes, pois ao compreender os principais componentes da intervenção bem-sucedidos, será possível desenvolver projectos nesse sentido. Adicionalmente deixa em aberto a necessidade de preencher essa lacuna com a qual os programas de intervenção em contextos recreativos se deparam (Akbar, Baldacchino, Cecil, Riglietta, & Sommer, 2011).

Depois da análise do estado de arte o interesse do presente estudo viu-se reforçado. Para explicar este interesse podemos apresentar dois problemas de investigação encontrados: a escassez de estudos que avaliem de forma consistente a eficácia de programas de intervenção em contextos recreativos; também, foi possível averiguar que a descrição da sintomatologia ligada ao episódio de crise desencadeada por estados modificados de consciência induzidos por SPA, ainda permanece na literatura com algumas ambiguidades, surgindo diferentes visões sobre as consequências que estes estados podem provocar. Isto origina a necessidade de estudos que contribuam para uma maior compreensão da sintomatologia associada a tais estados.

Confrontados com estes problemas de investigação, o presente estudo formula os seguintes objectivos: avaliar a eficácia de um programa de intervenção em crise no uso de SPA em contextos recreativos; e contribuir para a descrição da sintomatologia de crise desencadeada por um estado modificado de consciência induzido por SPA.

Posto isto, na secção seguinte vamos apresentar o método que melhor se ajustará a responder aos objectivos formulados.

2. Método

O presente estudo insere-se no projecto KC. O projecto foi implementado num grande festival de música electrónica em Portugal, o Boom Festival, e tinha como objectivo diminuir o risco de desenvolvimento de doenças mentais associadas ao uso

de SPA, principalmente psicadélicas, através da intervenção em crise (Carvalho, et al., 2011).

Com a finalidade de ser melhorado e se tornar um projecto mais sólido em futuras edições recorreu-se ao processo de avaliação. Para um processo de avaliação ser eficaz é necessário existir uma complementaridade de abordagens. A avaliação de resultados, que permite analisar os efeitos que a intervenção teve no grupo-alvo, e a avaliação de processo, que permite analisar a forma como o projecto foi implementado (Kalafat, Illback, & Sanders, 2007).

O projecto foi submetido à avaliação de processo¹, e a um estudo que tinha por objectivo a caracterização da intervenção, com recurso à avaliação dos resultados a partir de dados qualitativos e à avaliação do processo, para perceber como o programa foi implementado². Para além disso, ainda se encontra em decurso um estudo que irá contribuir para o estudo das características psicométricas do instrumento destinado a avaliar o estado mental dos alvos da intervenção, que possa ser utilizado como indicador quantitativo dos dados³.

O presente estudo tem como objectivo contribuir para a avaliação da eficácia da intervenção, a partir da avaliação de resultados através de dados quantitativos, avaliando o Estado Mental dos alvos de intervenção, à chegada e à saída do KC. Ainda será possível descrever a sintomatologia presente nos episódios de crise, devido ao resultado da avaliação do estado mental. Contudo, é importante deixar a ressalva que a descrição da sintomatologia contribui apenas para o conhecimento dos participantes do KC, uma vez que a sintomatologia é um importante factor para conhecimento da dinâmica da crise. Pelo contrário, o objectivo formulado não pretende uma descrição que possa ser abrangente a todos os episódios de crise desencadeados por um estado modificado de consciência.

O método que serve de base ao estudo é quantitativo, ou lógica hipotético-dedutiva pois é o que melhor se ajusta à testagem de hipóteses de investigação, que mais à frente serão apresentadas. O desenho de investigação é o modelo pré-teste e pós-

¹ *KosmiCare Research Project: Process Evaluation report: 2010 Edition* (Carvalho, et al., 2011).

² Realizado por a aluna de Mestrado Mariana Pinto de Sousa. Com a orientação da Professora Doutora, Raquel Matos e co-orientação da mestre Maria Carmo Carvalho.

³ Realizado por o aluno de Mestrado João Fugas. Com a orientação do Professor Doutor, Pedro Dias e co-orientação da mestre Maria Carmo Carvalho.

teste que permite a comparação entre dois momentos distintos e analisar eventuais diferenças. No caso específico do estudo efectua-se a comparação entre dois momentos distintos (antes e após a intervenção) e analisam-se as diferenças entre as duas medições para avaliar os efeitos da intervenção (Almeida & Freire, 2003). Este desenho é uma maneira simples de planear a avaliação dos resultados sem utilizar um grupo de controlo, em que as únicas pessoas avaliadas são as que recebem intervenção. A vantagem deste desenho é a sua simplicidade e o facto de não exigir muito tempo (Kröger, et al., 1998). De seguida serão apresentados os participantes, o instrumento e os procedimentos de recolha e tratamento dos dados.

2.1. Participantes

O método de amostragem é de conveniência. Destina-se a ser um método adequado quando a finalidade da pesquisa não depende da probabilidade, mas das características da pesquisa. A vantagem desta estratégia de amostragem é a sua utilidade, não tanto para uma representatividade de elementos de uma população, mas para uma controlada escolha de indivíduos com características especificadas na colocação do objectivo (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). Como o objectivo do estudo é a avaliação da eficácia de um programa de intervenção, a amostra são os alvos de intervenção, pois são aqueles que reúnem as características que responde ao objectivo da investigação.

A amostra é constituída por 83 indivíduos, a idade varia entre os 18 e os 40 anos, tendo uma média de 26.42 e um desvio padrão de 5.39. De seguida, serão apresentados dois gráficos e uma tabela. A tabela de frequências refere-se ao género dos participantes. O histograma representa idade dos participantes; e o gráfico de barras a nacionalidade, pois o festival onde o programa foi implementado é frequentado por indivíduos de várias nacionalidades, recebendo visitantes de cerca de 85 países (Carvalho, 2010).

Tabela 1: Tabela de frequências que representa o género dos participantes.

Género	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Masculino	58	69.9 %
Feminino	25	30.1 %
Total	83	100 %

Gráfico 1: Histograma que representa a idade dos participantes

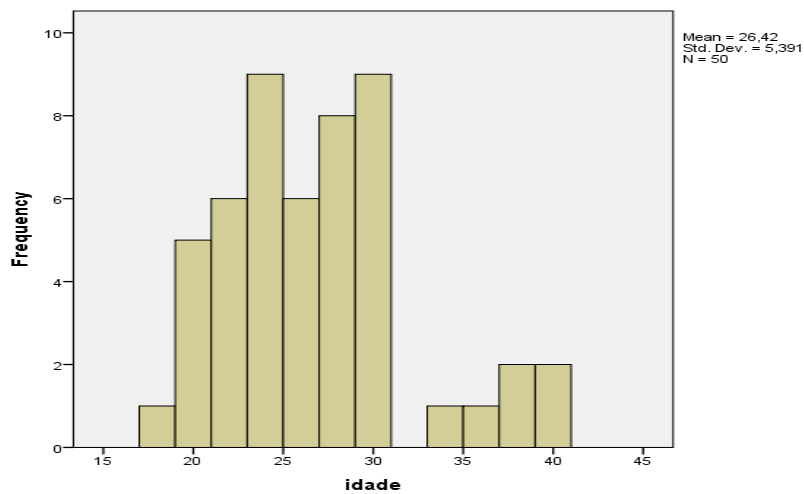
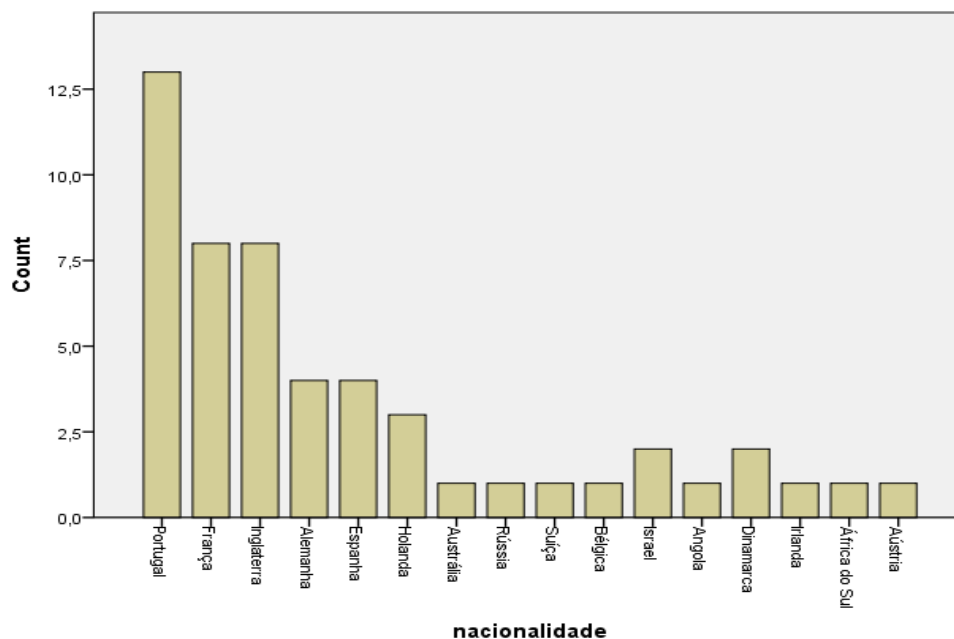


Gráfico 2: Gráfico de barras que representa a nacionalidade dos participantes



Os dados apresentados referem-se às características sociodemográficas dos participantes do programa. De acordo com o II Inquérito Nacional ao consumo de SPA na população portuguesa, quando se efectua a comparação entre a “população geral” (15-64 anos) e os jovens adultos (15-34 anos), verificamos que os jovens adultos apresentam uma prevalência superior de uso em relação à “população geral” em qualquer SPA. Este dado corresponde aos dados dos participantes, pois a média de

idades (26,42) encontra-se na faixa etária dos jovens adultos. Em relação ao género o mesmo inquérito, quando compara o género masculino com o feminino, comprova que o género masculino apresenta uma prevalência superior em relação ao género feminino em todos os escalões etários. Novamente, este dado corresponde aos dados dos participantes, pois a frequência de indivíduos do género masculino é superior à do género feminino (Balsa, Vital, Urbano, & Pasqueiro, 2007).

No que respeita à nacionalidade, como referido anteriormente o publico-alvo é de diferentes nacionalidades, cerca de 85 países (Carvalho, 2010). O KC tem uma amostra constituída por 16 nacionalidades, as que aparecem mais representadas são a portuguesa, francesa e inglesa. As restantes nacionalidades são representadas em menor frequência. Contudo o que estes dados expressam é que a equipa de intervenção deve ter em consideração a diversidade cultural dos participantes, e a necessidade de adequar a intervenção às especificidades, nomeadamente ao nível do idioma, de cada participante.

Os dados dos participantes do estudo que não sejam as características sociodemográficas serão remetidos para a secção dos resultados, enquanto estatística descritiva, pois contribuíram para o estudo enquanto resultados. Os dados em causa são: o número de ocasiões que o participante esteve no festival; a modalidade de adesão ao KC; motivo da adesão ao KC; e os padrões de uso.

2.2. Instrumento

O exame do estado mental devido à informação que permite obter é uma ferramenta bastante útil para realizar uma análise transversal da sintomatologia que a pessoa apresenta (Erné, 2003; Snyderman & Rovner, 2009; Baños & Perpiña, 2004). Considerando que o ideal é o sujeito no final da intervenção se sentir confortável, descontraído e sem sintomas emocionais ou psicossomáticos (Grof, 1976), torna-se importante efectuar a avaliação do estado mental, pois permite verificar se alguns dos sintomas ainda estão presentes após a intervenção, e perceber se houve resolução da crise.

O instrumento utilizado é o *Mental Stat Exam Checklist (MSEC)*, construído por Carvalho (2010). O instrumento foi especialmente construído para este efeito, pois é uma checklist que permite um preenchimento facilitado, a partir da observação. A observação seria o recurso mais plausível, pois como vimos anteriormente o episódio de crise, devido ao impacto do evento precipitante sobre a falência ou inibição dos

mecanismos de coping habituais, leva a pessoa experienciar um nível de funcionamento mais baixo do que o anterior ao evento precipitante, ficando mais vulnerável (Kanel, 2003). Para além disso, o facto de se preencher através da observação garantia que se fosse o menos intrusivo possível no decorrer da experiência difícil, pois perguntas constantes são de evitar nos casos em que a pessoa se encontre especialmente vulnerável (Carvalho, et al., 2011).

O instrumento estrutura-se da seguinte forma: primeiramente contém um cabeçalho com o nome do alvo da intervenção, o *sitter* (profissional que acompanhava o alvo de intervenção), o dia em que este foi preenchido, a hora a que este tinha acedido ao programa (observação 1), e a hora da saída (observação 2).

De seguida o instrumento dividia-se em oito partes sendo elas:

- Parte 1: aparência, atitude; constituída por seis itens.
- Parte 2: comportamento psicomotor; constituída por treze itens.
- Parte 3: consciência, alerta, atenção e orientação; constituída por vinte itens.
- Parte 4: linguagem e fala; constituída por cinco itens.
- Parte 5: processamento do pensamento; constituída por dez itens.
- Parte 6: consciência do self; constituída por oito itens.
- Parte 7: afectos e emoções; constituída por oito itens.
- Parte 8: funções fisiológicas; constituída por três itens.

A Cheklist é composta por setenta e três itens, cada uma destas dimensões é constituída por uma secção de sintomas específicos para cada uma das dimensões avaliadas, contendo uma escala dicotómica (sim e não).

O instrumento foi submetido ao cálculo da consistência interna, a partir do *alfa de Cronback*. A consistência interna, permite saber se os itens que compõem o teste se apresentam como um todo homogéneo (Almeida & Freire, 2003). Assim quando calculado o *alfa de Cronback*, o teste possui o valor de .92, admitindo assim que há homogeneidade, visto que o valor do *alfa de Cronback* varia entre 0 e 1. A avaliação das características psicométricas, nomeadamente da consistência interna, é efectuada num estudo paralelo a este. Contudo importa realçar no presente estudo, visto que a homogeneidade dos itens é um factor importante para a análise estatística a que vamos proceder.

2.3. Procedimentos

2.3.1. Recolha de dados

Os dados que servem de base ao presente estudo foram recolhidos na edição de 2010, num festival de música electrónica, Boom Festival. O KC já vem a acontecer neste contexto desde 2002 (Carvalho, 2010), mas tendo em conta que o programa pretende tornar-se cada vez mais sólido e replicável a outros contextos procedeu-se ao processo de avaliação. O processo de avaliação do programa contemplou a dimensão da avaliação processo, que permite saber se a intervenção decorreu conforme o desejado, e também a dimensão da avaliação dos resultados, que possibilita saber até que ponto a intervenção produziu os efeitos desejados.

Os dados recolhidos para este estudo contribuem especificamente para a avaliação dos resultados da intervenção, através da apresentação da medida da avaliação do estado mental em dois momentos distintos: à chegada e à saída do espaço de intervenção (pré-teste e pós-teste).

Quando o sujeito chegava ao KC, o que podia acontecer a partir de modalidades distintas, como por exemplo: na companhia de amigos; por iniciativa própria; pela equipa de RRMD; pelos bombeiros; paramédicos; seguranças; namorados; equipa do KC; e até podia vir acompanhado por um desconhecido. Depois de chegar o participante era recebido por um terapeuta que ficava encarregue da intervenção desse caso. Contudo também, era este que ficava encarregue de recolher, por observação directa, a informação relativa ao estado mental, preenchendo o instrumento numa fase inicial da intervenção. A observação é o método seleccionado, pois a literatura salienta que a observação efectuada pela equipa de intervenção é uma forma de avaliação bastante objectiva (Kröger et al., 1998).

Posteriormente, quando o sujeito se preparava para sair do espaço de intervenção, o terapeuta voltava a preencher o instrumento. A informação dos dois momentos distintos (pré-teste e pós-teste) permite perceber os efeitos que a intervenção exerceu no grupo-alvo.

2.3.2. Tratamento de dados

Posto isto, como forma de responder aos objectivos traçados vamos proceder ao tratamento de dados efectuado com recurso ao programa informático *PASW*. Para análise ser facilitada, formulamos a divisão entre as variáveis independentes e dependentes. As variáveis independentes do estudo serão: género; idade; o número de ocasiões que o participante esteve presente no festival; modalidades de adesão ao KC; motivo da adesão ao KC; os padrões de uso, no que se refere às SPA usadas, e à ocorrência de poliuso; e a duração da intervenção.

A variável dependente do nosso estudo será o somatório dos sintomas do pré-teste e do pós-teste. O somatório dos sintomas é uma variável criada posteriormente, obtido a partir da soma de todos os itens da escala. O que esta variável permite é somar todos os sintomas que cada participante apresentou, possibilitando transformar escalas nominais (itens com resposta dicotómica), numa só variável com escala intervalar, que permite um tratamento mais alargado dos dados. O que torna possível recorrer a testes que permitam analisar a diferença de médias e a associação entre variáveis, pois a escala mais primitiva é a nominal. Na escala nominal, os objectos e os factos são simplesmente classificados como, por exemplo, masculino/feminino, poliuso/ não poliuso, entre outros (Kröger, et al., 1998).

A análise das variáveis independentes com o somatório de sintomas do pré-teste permite avaliar a sintomatologia. O somatório de sintomas do pós-teste pretende perceber se a eficácia da intervenção pode variar conforme as variáveis independentes. Por fim, pretende-se comparar-se o pré-teste com o pós-teste como forma de averiguar as diferenças na expressão da sintomatologia após a intervenção.

Para esse efeito serão apresentadas as hipóteses de investigação que permitiram responder a esses objectivos. As duas tabelas que se seguem apresentam as hipóteses de investigação elaboradas para este estudo. A primeira corresponde ao objectivo de descrever a sintomatologia presente nos episódios de crise. A segunda tabela corresponde ao objectivo de avaliar a eficácia da intervenção.

Tabela 1: Questões de investigação, Hipótese de investigação, Hipótese Nula e Hipótese alternativa. Corresponde ao momento do pré-teste

Questão de investigação	Hipótese de investigação	Hipótese nula	Hipótese alternativa
		Não há diferenças	Há diferenças
Há diferenças entre o género masculino e o feminino ao nível da sintomatologia?	O género masculino difere do género feminino em termos de sintomatologia	Entre o género masculino e o género feminino na sintomatologia	
Há diferenças entre a ocorrência e a não ocorrência de poliuso ao nível da sintomatologia?	A ocorrência de poliuso difere da não ocorrência em termos da sintomatologia	Entre a ocorrência vs não ocorrência de poliuso na sintomatologia	
Há diferenças entre as modalidades de adesão ao KC e a expressão da sintomatologia?	As várias modalidades de adesão diferem em termos da sintomatologia	Entre as modalidades de adesão ao KC na sintomatologia	
Há diferenças entre o motivo da adesão ao KC e a expressão da sintomatologia?	Os vários motivos de adesão ao KC diferem em termos da sintomatologia	Entre os motivos de adesão ao KC na sintomatologia	
		Não há associação	Há associação
A sintomatologia está relacionada com a idade do participante?	A sintomatologia está associada com a idade do participante	Entre a sintomatologia face à idade do participante	
A sintomatologia está relacionada com o número de ocasiões que o participante esteve presente no festival?	A sintomatologia está associada com o número de ocasiões que o participante esteve no festival	Entre a sintomatologia face ao número de ocasiões que o participante esteve no festival	

Tabela 2: Questões de investigação, Hipótese de investigação, Hipótese Nula e Hipótese alternativa. Corresponde ao momento do pós-teste.

Questão de investigação	Hipótese de investigação	Hipótese nula	Hipótese alternativa
		Não há diferenças	Há diferenças
Há diferenças entre o género masculino e o feminino e a eficácia?	O género masculino difere do feminino em termos da eficácia	Entre o género masculino do feminino na eficácia	
Há diferenças entre a ocorrência e a não ocorrência de poliuro e a eficácia?	A ocorrência de poliuro difere da não ocorrência em termos da eficácia	Entre a ocorrência vs não ocorrência de poliuro na eficácia	
Há diferenças entre as modalidades de adesão ao KC e a eficácia?	As várias modalidades de adesão KC diferem em termos da eficácia	Entre as modalidades de adesão ao KC na eficácia	
Há diferenças entre o motivo da adesão ao KC e a eficácia?	Os vários motivos da adesão ao KC diferem em termos da eficácia	Entre os motivos de adesão ao KC na eficácia	
Há diferenças entre a sintomatologia do pré-teste e do pós-teste?	A sintomatologia do pré-teste é diferente da do pós-teste	Entre a sintomatologia do pré-teste com a do pós-teste	
		Não há associação	Há associação
A eficácia do KC está relacionada com a idade?	A eficácia está associada com a idade	Entre a eficácia face à idade	
A eficácia do KC relaciona-se com o número de ocasiões que esteve presente no festival?	A eficácia associa-se com o número de ocasiões que o participante esteve no festival	Entre a eficácia face ao número de ocasiões que o participante esteve no festival	
A eficácia do KC relaciona-se com a duração da intervenção?	A eficácia associa-se com a duração da intervenção	Entre a eficácia face à duração da intervenção	

O tratamento compreenderá duas fases distintas: estatística descritiva e estatística inferencial. Os dados da estatística descritiva pretendem efectuar a inventariação das características dos participantes (Almeida & Freire, 2003) e a estatística inferencial, permite testar as hipóteses de estudo.

A estatística descritiva apresentará resultados dos participantes como: género; idade; e nacionalidade. Estas variáveis já foram apresentadas aquando da descrição dos participantes pois constituem-se como características sociodemográficas, importantes para apresentar a amostra do estudo.

As variáveis que não se referem às características sociodemográficas serão referidas na apresentação dos resultados na secção da estatística descritiva. As variáveis serão: o número de ocasiões que o participante esteve no festival; modalidades de adesão ao KC; motivo da adesão ao KC; e os padrões de uso, no que se refere à SPA usada, e à ocorrência de poliuro. A análise destes dados será efectuada a partir de medidas descritivas de tendência central (média) e medidas descritivas de dispersão (frequências e desvio-padrão).

A estatística inferencial será o recurso para testar as hipóteses de investigação acima citadas, permitindo comparar ou associar as variáveis independentes (género; idade; o número de ocasiões esteve presente no festival; modalidades de adesão ao KC; motivo da adesão ao KC; os padrões de uso, no que se refere às SPA usadas, e à ocorrência de poliuro; e duração da intervenção), com a variável dependente, o somatório dos sintomas do pré-teste e do pós-teste.

A tabela a seguir apresentada representa os procedimentos estatísticos utilizados e a pertinência da sua utilização com vista a testar as hipóteses acima mencionadas. A tabela apresentará de forma esquematizada essa informação:

Tabela 4: Representa o tratamento de dados referente à estatística inferencial

Hipóteses de investigação	Teste utilizado	Razão para a utilização do teste
O género masculino difere do género feminino em termos de sintomatologia	Teste t para amostras independentes	Analisar a diferença de médias.
A ocorrência de poliuso difere da não ocorrência em termos da sintomatologia	Teste t para amostras independentes	Analisar a diferença de médias.
As várias modalidades de adesão diferem em termos da sintomatologia	One- Way ANOVA	Analisar a diferença de médias.
Os vários motivos de adesão ao KC diferem ao nível da sintomatologia	One- Way ANOVA	Analisar a diferença de médias.
A sintomatologia está associada com a idade do participante	Coeficiente de Correlação de Pearson	Avaliar relação entre variáveis.
A sintomatologia está associada com o número de ocasiões que o participante esteve no festival	Coeficiente de Correlação de Pearson	Avaliar relação entre variáveis.
O género masculino difere do feminino em termos da eficácia	Teste t para amostras independentes	Analisar a diferença de médias.
A ocorrência de poliuso difere da não ocorrência em termos da eficácia	Teste t para amostras independentes	Analisar a diferença de médias.
As várias modalidades de adesão KC diferem em termos da eficácia	One- Way ANOVA	Analisar a diferença de médias.
Os vários motivos da adesão ao KC diferem em termos da eficácia	One- Way ANOVA	Analisar a diferença de médias.
A sintomatologia do pré-teste é diferente da do pós-teste	Teste t para amostras emparelhadas	Analisar a diferença de médias em momentos distintos.
A eficácia está associada com a idade	Coeficiente de Correlação de Pearson	Avaliar relação entre variáveis.
A eficácia associa-se com o número de ocasiões que o esteve no festival	Coeficiente de Correlação de Pearson	Avaliar relação entre variáveis.
A eficácia associa-se com a duração da intervenção	Coeficiente de Correlação de Pearson	Avaliar relação entre variáveis

3. Apresentação dos Resultados

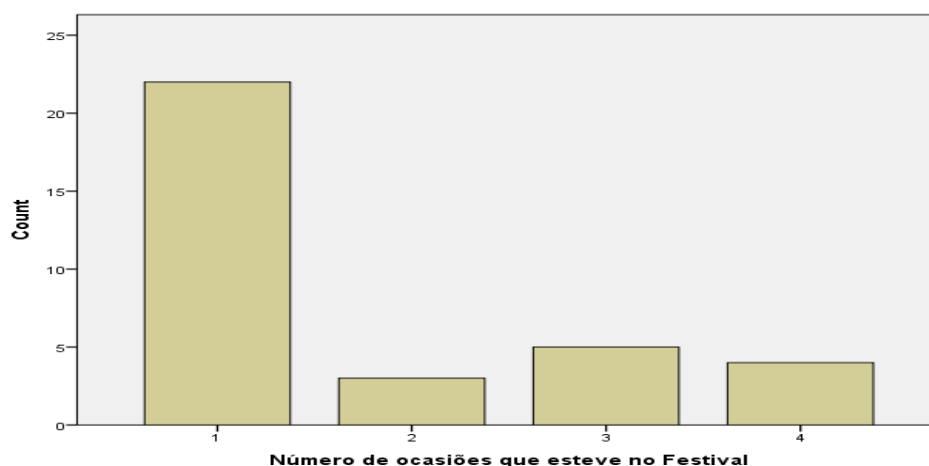
Esta secção pretende fazer a exposição dos resultados obtidos a partir do tratamento de dados. A apresentação dos resultados será efectuada de acordo com os objectivos do estudo, contemplando uma secção que contribuirá para a descrição da sintomatologia presente nos episódios de crise. A secção posterior contribuirá para a avaliação da eficácia do KC. Contudo, primeiramente apresentam-se os dados da estatística descritiva.

3.1. Análise Descritiva

A análise descritiva permite efectuar a caracterização dos participantes, pois pode ser definida como a inventariação das características de um grupo (Almeida & Freire, 2003). Depois de já terem sido apresentadas as características sociodemográficas dos participantes na secção do método, apresentamos informações que têm especial relevância enquanto resultados (o número de ocasiões que esteve presente no festival; modalidades de adesão ao KC; motivo da adesão ao KC; e os padrões de uso).

Posto isto, passamos à apresentação de resultados. O gráfico de barras que se segue é a representação do número de ocasiões que o participante esteve presente no festival onde o programa foi implementado:

Gráfico 1: Gráfico de barras com a frequência de ocasiões no festival



Depois de ter sido apresentada a frequência dos participantes do KC no festival, é possível verificar que os sujeitos que se dirigiam ao KC com maior frequência eram aqueles que tinham estado pela primeira vez no festival. Posteriormente, apresentam-se os dados que se referem às modalidades de adesão dos participantes ao programa. A tabela de frequências que se segue expressa essa informação:

Tabela 5: Tabela de frequências que representa as modalidades de adesão ao KC.

Modalidades de adesão ao KC	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Relativa Acumulada
Amigos	20	25.6 %	25.6 %
Iniciativa própria	28	35.9 %	61.5 %
Equipa de RRMD	1	1.3 %	62.8 %
Bombeiros	7	9.0 %	71.8 %
Paramédicos	6	7.7 %	79.5 %
Seguranças	2	2.6 %	82.1 %
Namorados	7	9.0 %	91.0 %
Equipa do KC	2	2.6 %	93.6 %
Desconhecido	5	6.4 %	100 %
Total	78	100 %	

Ao observarmos a tabela de frequências apresentada podemos verificar que as modalidades de adesão ao KC mais representadas são por iniciativa própria, ou encaminhados por amigos. A frequência relativa acumulada comprova essa tendência, atendendo a que 61,5% dos participantes chegavam ao KC a partir destas duas modalidades de adesão.

Ainda é relevante perceber qual o motivo de adesão ao KC, permitindo perceber quais as necessidades dos participantes. O programa tinha sido desenhado com a finalidade de oferecer uma intervenção específica dirigida ao novo perfil de utilizadores não problemáticos de SPA (Carvalho, 2010), contudo os participantes que acediam ao KC apresentavam diferentes configurações de crise que por vezes não se associava ao uso de SPA. Como tal, a tabela de frequências exposta de seguida apresenta essa informação:

Tabela 6: Tabela de frequências que representa os motivos de adesão ao KC.

Motivo da adesão ao KC	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Relativa Acumulada
Experiência difícil intencional, com SPA	61	73.5 %	73.5 %
Experiência difícil acidental com SPA	3	3.6 %	77.1 %
Crise pessoal não relacionada com SPA	1	1.2 %	78.3 %
Crise mental não relacionada com SPA	6	7.2 %	85.5 %
Não-crise	5	6.0 %	91.6 %
Crise mental relacionada com SPA	7	8.4 %	100 %
Total	83	100 %	

Como é possível constatar os grupos não são homogêneos, havendo frequências muito discrepantes, pois existem grupos com frequência residual, assim não é possível testar as hipóteses mencionadas. As hipóteses formuladas foram: os vários motivos de adesão ao KC diferem ao nível da sintomatologia; os vários motivos da adesão ao KC diferem em termos da eficácia. O recurso à estatística inferencial, nomeadamente, aos testes paramétricos tem como requisito que os grupos sejam homogêneos. Como não é caso procedemos à estatística descritiva apresentando medidas de tendência central (média), e medidas de dispersão, (desvio-padrão) referente aos sintomas.

Tabela 7: Corresponde às estatísticas descritivas dos sintomas no pré-teste e pós-teste em relação ao motivo da adesão ao KC.

Motivo da adesão ao KC	Pré-teste		Pós-teste	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Experiência difícil, intencional com SPA	8.95	8.96	1.34	3.46
Experiência difícil, acidental com SPA	13.33	9.29	7.00	-----
Crise mental relacionada com SPA	6.17	7.68	15.00	11.31
Não-crise	1.60	1.14	0.50	.71
Crise mental não relacionada com SPA	7.86	4.45	1.00	1.00
Crise pessoal não relacionada com SPA	1.00	-----	-----	-----

Como é possível constatar o grupo que apresenta uma média superior de sintomas no pré-teste é a “experiência difícil mas accidental com SPA” e a “crise mental não relacionada com SPA”. No momento do pós-teste o grupo que apresentou uma média superior de sintomas foi o grupo da “crise mental relacionada com SPA” e o da “experiência difícil mas accidental com SPA”. O que estes dados nos permitem saber é a distribuição dos sintomas pelas várias configurações de crise, contudo não nos permitem saber a diferença entre os grupos como estava previsto na formulação das hipóteses.

Ainda importa deixar a ressalva que no momento do pós-teste não são discriminados alguns resultados, pois alguns dos dados do pré-teste não foram recolhidos no pós-teste, visto que o programa foi implementado num contexto recreativo, onde o setting da intervenção não é muito definido, levando a que não fosse fácil controlar o fluxo de saída dos participantes.

Com base nos resultados da tabela 6 pode observar-se que o motivo da adesão ao KC em 85.5 % devia-se à exposição a SPA (experiência difícil, embora intencional, com o uso de SPA; experiência difícil accidental com o uso de SPA; crise mental relacionada com o uso de SPA). Como tal é pertinente conhecer as SPA usadas pelos participantes do KC. A tabela seguinte dá conta dessa informação:

Tabela 8: Tabela de frequências que corresponde às SPA usadas pelos participantes.

SPA	F	%
LSD	53	63.1 %
Álcool	19	21.4 %
MDMA	18	22.6 %
Cannabis	14	16.7 %
Anfetaminas	13	15.5 %
Cocaína	7	8.3 %
Ketamina	5	6.0 %
Cogumelos alucinogénicos	3	3.6 %
2 cb	2	2.4 %
DMT, Ecstasy, DOC, GHB, Ópio, Metadona, Metilona, Proscalina, Zopidane, Zimovane	1	1.2 %

Como podemos verificar há uma ampla gama de SPA usadas (19), contudo a SPA mais usada foi o LSD, usada em 53 circunstâncias pelos participantes, de seguida o álcool, o MDMA, cannabis e anfetaminas, tendo frequências similares. As restantes SPA foram consumidas de forma residual. Como as frequências das SPA usadas não são homogêneas, tais como as dos motivos de adesão ao KC, procederemos à estatística descritiva apresentando medidas de tendência central, a média, e medidas de dispersão, o desvio-padrão referente aos sintomas do pré-teste e do pós-teste.

Tabela 9: Corresponde às estatísticas descritivas dos sintomas no pré-teste e pós-teste em relação às SPA usadas.

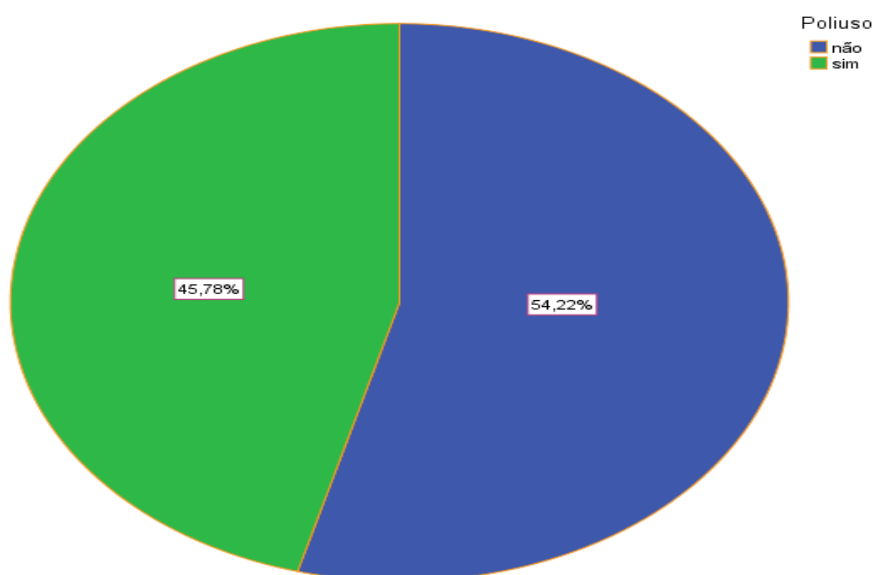
SPA	Pré-teste	Pós-teste
	Média (DP)	Média (DP)
LSD	7.26 (7.70)	1.85 (4.03)
MDMA	7.80 (8.28)	0.70 (0.48)
Álcool	14.00 (12,12)	2.90 (1.00)
Anfetaminas	13,86 (11,65)	3,29 (7,39)
Cannabis	8.88 (6.13)	1.38 (2.39)

Podemos verificar que a média superior dos sintomas no pré-teste é relacionada com o álcool e as anfetaminas, como tal procederemos ao χ^2 , para perceber a frequência de poliuso nas SPA referidas, pois a literatura aponta que a toxicidade é favorecida pelo poliuso, nomeadamente do álcool, anfetaminas e cocaína (Viana, 2002). Como tal o χ^2 possibilita perceber esta tendência.

Assim podemos verificar uma associação significativa entre a ocorrência vs não ocorrência de poliuso, $\chi^2(1) = 13.44, p = .001$. Na ocorrência de poliuso, o uso de anfetaminas era de 92.3%, apenas 7.7% não usaram outra SPA em simultâneo. Na ocorrência de poliuso, no que concerne ao uso do álcool verifica-se uma associação significativa $\chi^2(2) = 23.93$. Na ocorrência de poliuso, o uso de álcool era de 94.7%, apenas 5.3% não usaram outra SPA em simultâneo. O que pode explicar a elevada média de sintomas no uso destas SPA em relação às restantes.

Assim é relevante perceber a frequência de poliuso nos participantes. Como tal o gráfico circular que se segue demonstra a frequência de poliuso entre os participantes:

Gráfico 3: Gráfico circular que representa a frequência de poliuso dos participantes



3.2. Estatística inferencial

3.2.1. Caracterização da sintomatologia

Neste momento, expomos os dados da estatística inferencial que permitirá testar as hipóteses. A sintomatologia vai caracterizar-se com a análise dos dados do pré-teste. Os dados do pré-teste serão comparados ou associados com as variáveis independentes (género; idade; número de ocasiões que o participante esteve no festival; padrão de uso; modalidades de adesão).

A tabela que se segue diz respeito à comparação de médias dos sintomas do pré-teste no género masculino e feminino.

Tabela 10: Comparação de médias dos sintomas do pré-teste em relação ao género.

	Masculino	Feminino	
	(n= 58)	(n=25)	
	Média (DP)	Média (DP)	t (78.72)
Sintomatologia (pré-teste)	9.17 (9.47)	6.20 (4.86)	-1.89†

p< .10

Pode-se constatar que no que diz respeito ao género e ao número de sintomas, que o género masculino apresenta uma média superior em relação ao género feminino. A diferença de médias é marginalmente significativa ($p < .10$), pois como está próximo do ponto de corte de .05, podemos concluir que os resultados são marginalmente significativos. Actualmente a comunidade optou por distinguir dentre os resultados não significativos, aqueles que são inferiores a .10 (Martins, 2011).

No que concerne à idade considerou-se pertinente analisá-la juntamente com o número de ocasiões presente no festival, e o número de sintomas. Sendo que importa saber se à medida que aumenta a idade aumenta o número de ocasiões presente no festival, e avaliar se há alguma relação com o número de sintomas.

Assim procedemos à análise das variáveis idade e número de ocasiões presente no festival. Depois de realizado o teste relativo ao Coeficiente de Correlação de Pearson, podemos verificar que há uma correlação positiva entre a idade e o número de ocasiões presente no festival, $r = .62$, $p = 0,00***$. Assim quanto maior número de ocasiões presente no festival está associada a faixas etárias mais elevadas. A associação é significativa e como tal prevê-se que as duas variáveis exerçam uma associação idêntica na sintomatologia expressada, com este ponto de partida procedemos à análise das mesmas.

Posto isto, há uma correlação negativa não significativa no que respeita ao número de ocasiões que esteve presente no festival e o número de sintomas, $r = -.15$, $p = .40$. Assim retemos a hipótese nula, ou seja não há associação entre o número de ocasiões esteve no festival e o número de sintomas. Ainda podemos verificar que há uma correlação negativa não significativa no que se destina à idade e ao número de sintomas, $r = -.09$, $p = .50$. Assim retemos a hipótese nula, ou seja não há associação entre a idade e o número de sintomas.

De seguida apresentam-se as diferenças de médias entre o número de sintomas e as modalidades de adesão ao KC. Para se utilizar o teste *One-Way ANOVA* agrupamos os dados em três grupos: iniciativa própria; profissionais (bombeiros, equipa RRMD, paramédicos, seguranças e equipa do KC); e não profissionais (amigos, namorado e por um desconhecido), para assim os grupos ficarem homogéneos. A tabela a seguir apresentada congrega esses resultados.

Tabela 11: Comparação da média de sintomas do pré teste com as diferentes modalidades de adesão ao KC.

	Modalidades de adesão			F (2)
	Iniciativa própria	Não profissionais	Profissionais	
	(n = 28)	(n = 32)	(n = 18)	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	
Sintomatologia (pré-teste)	5,18 (6,91)	8,78 (7,28)	12,94 (11,18)	4,95**

** $p < .01$

Tabela 12: Apresentação dos Resultados relativos ao Teste *Post-Hoc de Gabriel*

	Modalidades de adesão					
	Profissional	Profissional	Iniciativa	Iniciativa	Não	Não
	vs	vs	própria	própria	profissional	profissional
	Iniciativa	Não	vs	vs	vs	vs
	própria	profissional	Profissional	Não	Iniciativa	Profissional
				profissional	própria	
Sintomas (pré-teste)	**	ns	**	ns	ns	ns

** $p < .01$

Ao analisarmos a tabela 11 percebe-se que há diferenças entre as várias modalidades de adesão ao KC, sendo que estas diferenças são estatisticamente significativas ($p < .05$). Quando analisado o valor do *post-hoc Gabriel*, podemos verificar que as diferenças significativamente estatísticas referem-se às diferenças entre os encaminhados por profissionais e os que se dirigiram por iniciativa própria. Aliás a partir da análise da média é possível constatar que os participantes encaminhados por profissionais possuíam uma média superior de sintomas em relação às restantes modalidades de adesão.

Por fim, analisamos o padrão de uso em relação à ocorrência vs não ocorrência de poliuro com a sintomatologia do pré-teste. A tabela a seguir exposta ilustra essa informação:

Tabela 13: Comparação de médias dos sintomas do pré-teste com a ocorrência vs não ocorrência de poliuso.

	Ocorrência de Poliuso (n= 45) Média (DP)	Não ocorrência de Poliuso (n= 38) Média (DP)	t (81)
Sintomatologia (pré-teste)	9.32 (8.89)	7.40 (4.86)	-1.03
$p > .05$			

Quando analisamos a ocorrência vs não ocorrência de poliuso denota-se que a média de sintomas é superior quando há ocorrência de poliuso. Contudo a diferença de médias não é estatisticamente significativa ($p > 0,05$), o que nos leva a reter a hipótese nula pois os sintomas podem não diferir a favor da ocorrência ou não de poliuso.

3.2.2. Avaliação da eficácia

O objectivo seguinte prende-se com a avaliação da eficácia. Para concretizar este objectivo analisa-se as variáveis independentes (género; idade; número de ocasiões presente no festival; padrão de uso; modalidades de adesão; e motivo da visita ao KC; duração da intervenção) com o número de sintomas do pós-teste. Pretende-se perceber se a eficácia da intervenção pode variar consoante as variáveis apresentadas.

A tabela a seguir exposta destina-se a apresentar as diferenças de médias entre o género e o número de sintomas do pós-teste:

Tabela 14: Comparação de médias da sintomatologia do pós-teste em relação ao género.

	Masculino (n= 28) Média (DP)	Feminino (n=16) Média (DP)	t (41)
Sintomatologia (pré-teste)	2.61 (5.06)	1,00 (1.85)	-1.07
$p > 0,05$			

Pode constatar-se que o género masculino apresenta uma média superior de sintomas em relação ao género feminino. Contudo a diferença de médias não é

estatisticamente significativa ($p > .05$). Assim retemos a hipótese nula afirmando que a eficácia da intervenção pode não diferir em relação ao género.

No que concerne às variáveis da idade e do número de ocasiões que esteve presente no festival em relação à eficácia da intervenção. Podemos verificar uma correlação negativa não significativa no que respeita ao número de ocasiões que esteve presente no festival e a eficácia da intervenção, $r = -.13$, $p = .62$. Assim retemos a hipótese nula, ou seja não há associação entre o número de ocasiões esteve no festival e a eficácia. Ainda podemos verificar que há uma correlação negativa não significativa no que se destina à idade e a eficácia da intervenção, $r = -.15$, $p = .45$. Assim retemos a hipótese nula, ou seja não há associação entre a idade e a eficácia da intervenção.

De seguida vamos apresentar os dados referentes às modalidades de adesão e os sintomas do pós-teste. A tabela a seguir exposta apresenta essa informação:

Tabela 15: Comparação de médias da sintomatologia do pós-teste com as diferentes modalidades de adesão ao KC

	Modalidades de adesão			F (2)
	Iniciativa própria	Não profissionais	Profissionais	
	(n = 17)	(n = 16)	(n = 8)	
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	
Sintomatologia (pré-teste)	2.06 (5.45)	2.81 (5.17)	.88 (1.73)	.43
$p > .05$				

Tabela 16: Apresentação dos Resultados relativos ao Teste *Post-Hoc de Gabriel*

	Modalidades de adesão					
	Profissional	Profissional	Iniciativa	Iniciativa	Não	Não
	vs	vs	própria	própria	profissional	profissional
	Iniciativa	Não	vs	vs	vs	vs
	própria	profissional	Profissional	Não	Iniciativa	Profissional
				profissional	própria	
Sintomas (pré-teste)	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Quando observamos a tabela, constata-se que este cenário é diferente do que sucedeu no pré-teste, visto que houve alguns dos dados do pré-teste não terem sido

recolhidos no pós-teste, pois o programa foi implementado num contexto recreativo, o que fazia com que o setting da intervenção fosse pouco definido, levando é que não fosse fácil controlar o fluxo de saída dos participantes. Para além disso retemos a hipótese nula ($p < .05$), afirmando que as modalidades de adesão não diferem na eficácia da intervenção.

A tabela que segue apresenta dados referentes ao padrão de uso, analisando a ocorrência vs não ocorrência de poliuro, no que se prende com os sintomas do pós-teste.

Tabela 17: Comparação de médias da sintomatologia do pós-teste com a ocorrência vs não ocorrência de poliuro

	Ocorrência de Poliuro (n= 24) Média (DP)	Não ocorrência de Poliuro (n= 20) Média (DP)	t (41)
Sintomatologia (pré-teste)	1.60 (4.48)	2.43 (0.58)	.58

$p > 0,05$

Podemos constatar ao observar a tabela que a média é superior de sintomas quando não há ocorrência de poliuro. Contudo a diferença não é estatisticamente significativa, retemos assim a hipótese nula, não há diferenças entre a ocorrência de ou não ocorrência em termos da eficácia.

Por fim, tentamos perceber a eficácia da intervenção consoante a duração da intervenção. Podemos verificar uma correlação positiva significativa, $r = .44$, $p = .00***$. Assim aceitamos a hipótese alternativa, ou seja a duração da intervenção e a eficácia do KC, estão associadas. Assim, mais tempo de duração da intervenção está associado a maior número de sintomas.

Por fim e respondendo ao objectivo primordial do estudo, serão apresentados os resultados referentes à comparação do pré-teste com o pós-teste, no sentido de avaliar a eficácia, e perceber se a intervenção produziu os efeitos desejados, a diminuição da sintomatologia de crise. A tabela a seguir explana essa informação:

Tabela 19: Comparação da sintomatologia do pré-teste com a do pós-teste

	Pré-teste	Pós-teste	
	(n= 83)	(n= 44)	
	Média (DP)	Média (DP)	t (42)
Sintomatologia	8.09 (8.41)	2.05 (4.69)	5.20***

$p < .000$

Ao analisar a comparação do pré-teste para o pós-teste, podemos constatar que existe diferenças na sintomatologia de um momento para outro e que a diferença na sintomatologia teve uma média de 6,05. A diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$), assim podemos confirmar a hipótese alternativa: há diferenças na sintomatologia do pré-teste para o pós-teste.

5. Discussão dos resultados

A realização do presente estudo permite-nos, de acordo com os objectivos traçados, perceber a sintomatologia associada ao episódio de crise, e perceber até que ponto o programa foi eficaz. Terminada a apresentação dos resultados, pretendemos discuti-los, salientando os aspectos mais relevantes de acordo com os objectivos da pesquisa.

Com o intuito de responder aos objectivos propostos, lançamos algumas hipóteses. Para concretizar o objectivo de perceber a sintomatologia associada ao episódio de crise, analisamos as variáveis independentes: género; idade; número de ocasiões que esteve presente no festival; modalidades de adesão ao KC; padrão de uso (poliuso).

No que concerne à hipótese relacionada com a variável género como os resultados são marginalmente significativos, podemos dizer que há diferenças marginalmente significativas entre o género masculino e feminino na expressão da sintomatologia. Por essa razão não aceitamos a hipótese nula que referia *não há diferenças entre o género feminino e masculino na sintomatologia*. O género masculino apresentava uma média superior de sintomas em relação ao género feminino, o que não vai de encontro à literatura pesquisada. As investigações referem que o género feminino apresenta mais distúrbios perceptivos, de pensamento e depressivos em relação ao

género masculino (Liechti, et al., 2001; Falck, et al., 2006). No entanto importa deixar a ressalva que estes estudos se referiam especificamente ao uso de MDMA (Falck, et al., 2006), e com doses controladas experimentalmente (Liechti, et al., 2001). No nosso estudo isto não acontecia, visto que o programa foi implementado num contexto recreativo, sem setting definido, não sendo possível obviamente controlar estas variáveis.

No entanto, o que pode explicar o facto de o género masculino apresentar uma média superior de sintomas em relação ao género feminino é o facto de o género masculino (69,9%) estar mais representado do que o género feminino (30,1%). O que se prende com a natureza do programa, que se destinava a ser um programa de intervenção em crise, não sendo fundamental respeitar os princípios da amostra estratificada (obedece às percentagens de sujeitos de cada estrato), mas disponibilizar intervenção adequada a todos os sujeitos que necessitassem da mesma.

De seguida analisamos as hipóteses que dizem respeito à idade e ao número de ocasiões que esteve presente no festival, pois percebeu-se através dos resultados que há uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as duas variáveis, ou seja, à medida que aumenta a idade, aumenta o número de ocasiões que esteve presente no festival. No entanto, referente a estas duas variáveis aceitaram-se as hipóteses nulas, ou seja, *não há associação entre a sintomatologia face à idade do participante; não há associação entre a sintomatologia face ao número de ocasiões que o participante esteve no festival*. No entanto sabe-se que os participantes do festival que mais acediam ao KC eram aqueles que tinham ido ao festival em menor frequência, estes resultados chamam à atenção para o facto de que quem conhece melhor o contexto, e está mais ambientado com estes hábitos de uso de SPA pode apresentar menor sintomatologia de crise.

O que vem reforçar a importância de estratégias que sensibilizem para a RRMD, tais como saber quais as SPA ingeridas, conhecimento do contexto onde está a ser administrada e precauções a ter em relação aos riscos adversos da SPA. Aliás a literatura postula que a intervenção em contextos recreativos é fundamental, tanto ao nível da prevenção (Far, et al., 2007), como da RRMD (Costa, 2001; Silva, 2005), pois são contextos potenciadores dos efeitos adversos das SPA (Martínez, et al., 2006; Mohamed et al., 2011). Como refere Zinberg (1980), o contexto é um factor determinante quando se aborda a questão do uso de SPA, sendo o precursor da tríade *drug- set- setting*, e como vimos no nosso estudo sujeitos menos experientes no festival

tendem a necessitar mais dos serviços do KC. Contudo como aceitamos a hipótese nula não podemos perceber a sua associação com a sintomatologia de forma mais precisa.

Continuando na linha da caracterização da sintomatologia, aceitamos a hipótese nula desta vez em relação ao padrão de uso: *não há diferenças entre a ocorrência vs não ocorrência de poliuso e expressão da sintomatologia*. Contudo um aspecto a reter é que quando analisamos as medidas de tendência central de cada SPA isoladamente, podemos constatar que as SPA que apresentam uma média superior de sintomas são usadas quase sempre em associação com outra SPA, é o caso álcool e as anfetaminas. Quando comparamos o álcool e as anfetaminas com a ocorrência de poliuso, o uso de anfetaminas era de 92.3% usada em associação com outra SPA. No que concerne ao uso de álcool verificamos que 94.7% usado em associação SPA, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). A literatura corrobora este aspecto, pois aponta que o poliuso é um padrão de uso que potencializa os efeitos adversos da SPA (EMCDDA, 2009), e aumenta a toxicidade aguda, esta definida como sendo os efeitos imediatos gerados pelo uso e de curta duração (Viana, 2002).

Ainda importa esclarecer que o uso de cannabis (frequência absoluta = 14) e álcool (frequência absoluta = 19), pode estar a surgir nos dados com um baixo reporte, pois a frequência do uso destas SPA é relativamente moderado, fazendo com que o poliuso seja subestimado. Este dado deixa em aberto o interesse em introduzir um questionamento específico aos participantes sobre a utilização destas SPA (álcool e cannabis), em futuras recolhas.

Um dos aspectos que também importa analisar é se as modalidades de adesão ao KC exercem influência no número de sintomas. Neste caso a hipótese alternativa foi confirmada: *Há diferenças entre as modalidades de adesão ao KC na sintomatologia*. A hipótese acabou por ser confirmada, pois a diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Os casos em que a média é superior ocorreram quando os participantes tinham sido encaminhados por profissionais, em contraste a média era inferior junto daqueles participantes que se dirigiam ao KC por iniciativa própria, aliás o *post-hoc Gabriel* demonstra que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as duas variáveis.

O que acabou de ser descrito faz sentido à luz da literatura, já que a sintomatologia presente num episódio de crise expressa-se por uma gama de sintomas como: desorientação, agitação, inquietação e em casos mais complicados, alucinações, paranóia, pânico e ansiedade (Kanel, 2003; Piug, 2003; Nichols, 2004). Este dado pode

explicar que em casos mais severos as pessoas necessitem da ajuda de terceiros e não consigam por iniciativa própria dirigirem-se aos serviços de apoio. Por esse aspecto é importante que os técnicos dos serviços de apoio e os que percorrem recinto tenham sensibilidade para detectar estes casos.

Depois de já terem sido analisados os dados referentes à sintomatologia associada ao episódio de crise com recurso aos dados do pré-teste, vamos proceder à avaliação da eficácia. Com esse objectivo, analisamos as variáveis independentes anteriormente referidas, acrescentando a variável da duração da intervenção. Mas para esta finalidade recorre-se aos dados do pós-teste, para perceber até que ponto os sintomas variam de acordo com as variáveis independentes. No que concerne ao género, é de referir que aceitamos a hipótese nula: *não há diferenças entre o género masculino e o feminino na eficácia da intervenção*. No entanto, podemos referir que o género masculino apresenta uma média superior de sintomas em relação ao género feminino, mas como aceitamos a hipótese estes resultados podem dever-se ao acaso, como tal a eficácia parece não variar de acordo com as diferenças de género. O que estes resultados nos podem dizer é que a resolução da crise pode não variar a favor das diferenças de género, mas por questões de ordem intrínseca ligadas a características da estrutura da personalidade (Jansen, 2004), reforçando o carácter subjectivo da crise.

A subjectividade destes episódios é ainda fortalecida pela falta de consenso na literatura a propósito desta questão, por ser um acontecimento definido como idiossincrático e multifacetado (Grof, 1976). Idiossincrático na medida que, a vivência do sujeito face à crise e ao uso de SPA ir de acordo com as suas significações e expectativas face ao mesmo (Jansen, 2004; Reynaud-Maurupt, 2009), e multifacetada, já que se expressa a partir de uma vasta gama de sintomas, tais como, paranóia extrema, ansiedade, depressão entre outros (Piug, 2003; Nichols, 2004). Assim se percebe a falta de consenso, havendo várias vertentes de conhecimento que explicam a crise desencadeada por estados modificados de consciência.

A vertente transpessoal revela que os estados modificados de consciência não devem de ser convencionados a partir de uma forma simplista e reducionista, relacionada a uma “psicose tóxica”. Pelo contrário são influenciados por diversos factores casuísticos que podem justificar o episódio desestabilizador (Grof, 1976; Jansen, 2004; Sessa, 2008). A vertente da neurobiologia concentra o seu estudo acerca dos estados modificados de consciência relacionados sobretudo com o uso continuado enunciando que pode acarretar desordens tais como, uma psicose paranóide,

alucinações, comportamentos estereotipados, depressão e alterações do sono (Marques-Teixeira, 1998; Macedo, 2000). Ainda a vertente psicopatológica que assenta nos estudos da comorbilidade psiquiátrica, argumentam que os utilizadores de SPA podem ter uma maior incidência da mesma, experienciando maior sofrimento psíquico, e os já conhecidos flashbacks (Marques-Teixeira, 1998; Fabião, 2002; Singer et al., 2004). Aliás o DSM-IV-TR congrega várias perturbações associadas ao uso de SPA como por exemplo a Perturbação da Percepção Persistente por alucinogénicos, sendo que os efeitos provocados pelo uso da SPA perpetuam-se por longos períodos de tempo mesmo sem o uso da mesma. Estes dados deixam em aberto a discussão sobre a durabilidade e as sequelas decorrentes de tais estados, cuja avaliação deverá ser considerada em investigação futura, com recurso ao follow-up. A execução do follow-up é fundamental pois permite conhecer os efeitos da intervenção a longo-prazo (Devine et al., 2012; Shannon et al., 2009), observando ainda se houve consequências futuras decorrentes do estado modificado de consciência.

Analisando as variáveis independentes, idade e o número de ocasiões que esteve presente no festival, como fizemos para avaliar a sintomatologia, mas desta vez para perceber se a eficácia pode variar consoante estas variáveis. Assim, aceitamos novamente as hipóteses nulas: *não há associação entre a eficácia da intervenção face à idade; não há associação entre a eficácia da intervenção face ao número de ocasiões que o participante esteve presente no festival*. No entanto, podemos verificar que as correlações são negativas ou seja, à medida que aumenta a idade, diminui o número de sintomas; à medida que aumenta o número de ocasiões que esteve presente no festival, diminui o número de sintomas. Mas como mais uma vez aceitamos a hipótese nula, estes resultados podem dever-se ao acaso. Como tal, o que estes resultados nos transmitem é que a resolução da crise pode não variar consoante estas variáveis, tal como com género. Portanto pode considerar-se que a resolução da crise pode não variar a favor destas variáveis, mas em função da experiência subjectiva do participante, assim estes aspectos são apenas factores que devem ser conjugados com outros para explicar a resolução da crise. A ideia que a crise deve ser resolvida a partir de uma visão holística do sujeito, pode começar a adquirir cada vez mais relevo (Kanel, 2003; Carvalho et al., 2011).

Referente ao padrão de uso, aceitamos a hipótese nula, ou seja, *não há diferenças entre a ocorrência vs não ocorrência de poliuso na eficácia da intervenção*. Contudo quando analisamos as diferenças verificamos que apresentam resultados

interessantes, na medida em que a ocorrência de poliuso apresenta uma média inferior de sintomas em relação à não ocorrência de poliuso, diferente dos valores apresentados no pré-teste. O que nos pode chamar a atenção para que a intervenção possa ser mais eficaz nos casos mais graves, pois de acordo com a literatura, o poliuso potencializa os efeitos adversos das SPA (Viana, 2002; EMCDDA, 2009). No entanto temos de afirmar este aspecto com cautela pois aceitamos a hipótese nula e os resultados podem dever-se ao acaso. Contudo os resultados do estudo vêm demonstrar a importância que o poliuso exerce enquanto padrão de uso pois 45.78% dos participantes referem a ocorrência de poliuso, dado que alerta para a questão de que em futuras pesquisas do programa deve existir uma maior ênfase ligada a este padrão de uso.

No que respeita à análise das modalidades de adesão ao KC e o número de sintomas no pós-teste, aceitamos a hipótese nula: *não há diferenças entre as modalidades de adesão ao KC na eficácia da intervenção*. No entanto podemos constatar que a média de sintomas é inferior no grupo dos que foram encaminhados por profissionais, contudo como aceitamos a hipótese nula os resultados podem dever-se ao acaso. Ainda assim estes resultados trazem algumas implicações, pois deixam em aberto a questão que a intervenção possa estar a ser mais eficaz em casos mais complexos, sendo algo a ser trabalhado em edições futuras do programa. Adicionalmente reforçam aquilo que tem sido referido na literatura, pois consideram central a intervenção nos contextos recreativos, já que demonstram que casos problemáticos beneficiam de uma intervenção que privilegie a proximidade com os utilizadores, e a presença nos territórios em que o fenómeno acontece (Silva, 2005; Calado, 2007).

Mais uma hipótese que consideramos relevante apresentar prende-se com a duração da intervenção e o número de sintomas no pós-teste. A este propósito confirmamos a hipótese alternativa: há associação entre a eficácia da intervenção face à duração da mesma. A correlação é positiva, ou seja, à medida que aumenta a duração da intervenção aumenta o número de sintomas. O resultado é esperado, pois casos mais graves são aqueles que permanecem mais tempo na intervenção. Por exemplo quando nos referimos à “crise mental sem exposição a SPA” e “crise mental com exposição a SPA”, prevê-se que estes participantes possam ter uma psicopatologia prévia, casos em que os sintomas podem persistir independentemente da duração da intervenção. A literatura chama a atenção para o facto de que condições prévias têm uma forte influência no decorrer de uma experiência destruturante (Jansen, 2004). Assim, nos

casos em que existe uso de SPA e crise mental podemos estar a falar em comorbilidade psiquiátrica.

Contudo, as investigações tendo por base a comorbilidade psiquiátrica ainda permanecem com algumas lacunas, não se esclarecendo a relação de causalidade entre a SPA e a perturbação psiquiátrica, visto existirem diversos factores a interferir com esta dinâmica relacional: se por um lado, parece existir a coincidência accidental de usar a SPA e o início de uma psicose, por outro pode ocorrer a existência de uma psicose e a SPA usada como forma de auto tratamento, ou ainda a psicose desencadeada pelo uso da SPA (Nichols, 2004). A incerteza em esclarecer se as perturbações são anteriores ou posteriores ao uso de SPA (Singer, et al., 2004), acentua a noção que ainda existe um importante caminho a percorrer, sendo a questão da comorbilidade psiquiátrica um tema paradigmático e ainda em ascensão.

A este propósito podemos ainda concluir que nestes casos a crise pode dever-se mais a uma condição intrínseca, ou seja um problema do foro psiquiátrico, do que propriamente a um estado de crise desencadeado pelo impacto do evento precipitante (Kanel, 2003). Nestes caso pode justificar-se uma intervenção de cariz psiquiátrico, visto que a intervenção em crise pode não estar a ser tão eficaz.

Por fim, concretizando o objectivo primordial do estudo, que se prendia com a avaliação da eficácia do programa, confirmamos a hipótese alternativa, ou seja, *há diferenças entre a sintomatologia do pré-teste com a do pós-teste*, verificando que a média de sintomas é superior no momento do pré-teste.

Compreende-se por eficácia o grau em que o programa cumpriu com os objectivos propostos inicialmente. Podemos assim concluir que o programa foi eficaz, atendendo a que o objectivo do programa passava pela resolução da crise. A sintomatologia era o factor que mediava se a crise foi ou não resolvida, pois a literatura refere que o ideal é que o sujeito se sinta confortável sem sintomas emocionais ou psicossomáticos (Grof, 1976). Os resultados são, portanto, animadores na medida em que a avaliação de resultados demonstra que o programa foi um importante contributo na resolução da crise, o que realça a relevância da intervenção em contextos recreativos, já que os contextos recreativos são importantes mediadores do uso de SPA (Calado & Lavado, 2010), tanto pela normalização do uso de SPA (Parker, et al., 2002), como pelos efeitos considerados subjectivamente agradáveis que induz mas não isentos de riscos (Dumont, et al., 2009; Bedi, et al., 2009). Para além disso a intervenção permite a mudança na percepção do evento precipitante, fazendo com que o indivíduo obtenha

novos estilos de coping e diminua o sofrimento subjectivo (Kanel, 2003). Por outro lado a ideia sustentada que as bad trips manifestam-se sobretudo em contextos recreativos (Nichols, 2004), reforça a intervenção, e salienta o facto de que uma experiência difícil onde ocorre uma resolução satisfatória pode tornar-se numa experiência potencialmente benéfica (Kanel, 2003; Carvalho, et al., 2011).

O processo de avaliação demonstrou-se fundamental, pois permitiu conhecer os efeitos e as diferenças após a intervenção. Adicionalmente, a literatura é inequívoca ao salientar a pertinência deste processo para promover a eficiência de programas (Kröger, et al., 1998; Pan, et al., 2006; Almeida & Mourão, 2010), realçando que a identificação dos principais componentes da intervenção bem-sucedida, permitirá o desenvolvimento de projectos nesse sentido e contribuirá para a necessidade de preencher essa lacuna de conhecimento (Akbar, et al., 2011), contributo que este trabalho claramente oferece.

6. Conclusões

O capítulo das conclusões destina-se à apresentação dos principais resultados. Também a apresentação das limitações, importantes de ponderar quando um estudo é concluído, de modo a serem colmatadas em futuras pesquisas.

Referente aos principais resultados, um dos aspectos que importa esclarecer em futuras pesquisas é o poliuso. O exemplo do álcool é salutar, pois é a SPA que a seguir às anfetaminas é aquela que apresenta sintomatologia mais severa, por ser uma SPA primordialmente usada em associação com outra SPA. Portanto, o poliuso é uma variável determinante nos padrões de uso, na medida em que tem alguma expressão nos participantes, tornando-o um aspecto com o qual se deve ter especial consideração. No entanto, o poliuso pode estar a ser subestimado, já que SPA usadas primordialmente em poliuso, como o álcool tem uma baixa frequência de uso. O que deixa em aberto para futuras edições do programa a equipa de intervenção perguntar especificamente acerca do uso destas SPA.

Um outro aspecto dos resultados que importa referir é que a crise é uma experiência subjectiva e multifacetada, não existindo um padrão estereotipado na expressão da crise. Acrescentando a este aspecto variáveis como o género e a idade, não se mostraram determinantes na expressão da crise, tendo de ser analisados conjuntamente com factores casuísticos que podem justificar a ocorrência da crise.

Contudo estudos neste campo devem continuar, já que os resultados deste estudo não são conclusivos, constituem-se ao invés disso linhas orientadoras para futuras pesquisas.

Os resultados ainda lançaram outros elementos que embora não sejam estatisticamente significativas constituem-se pistas interessantes. Quando nos referimos ao número de ocasiões que o participante esteve presente no festival, sabemos que houve uma frequência mais acentuada de participantes que tinham estado pela primeira no festival. O que revela que um maior conhecimento do contexto e dos padrões de uso efectuados no mesmo pode fazer com o episódio crise não se manifeste com tanta regularidade. Estes resultados ajudam a perceber que a vivência do sujeito no festival, pode permitir compreender melhor a dinâmica da crise daquele sujeito em particular.

Começamos por apresentar uma das limitações do presente estudo, referente à utilização do instrumento. Como ficou claro na secção do método, este foi construído de raiz para este propósito, encontrando-se adequado para recolher dados no contexto a que estava destinado. No entanto não foi possível analisar a distribuição de sintomas nas diferentes subescalas, atendendo ao facto de algumas subescalas não cumprirem o requisito da consistência interna, pois o *alpha de Cronback* era inferior a 0,70. Assim procedeu-se à análise da escala no global, sendo o *alpha de Cronback* superior a 0,70. Para que esta limitação não se denote em futuras pesquisas, e para que o instrumento seja mais sólido do ponto de vista psicométrico, está em decurso um estudo com esse objectivo, o que tornará possível em futuras pesquisas perceber as dinâmicas mais específicas da evolução da sintomatologia.

Uma outra limitação do nosso estudo prendeu-se com a recolha de dados, pois não foram recolhidos alguns dados no momento do pós-teste. O que é compreensível pois o programa foi implementado num contexto onde o setting era pouco definido, o que tornava difícil controlar o fluxo de saída dos participantes. Contudo deixa-se a ressalva para futuras pesquisas de se ter em consideração este aspecto, pois aumentaria substancialmente a consistência dos dados a nível estatístico.

Outra limitação prendeu-se com o facto de não serem testadas as hipóteses ligadas ao motivo da adesão ao KC, pois os grupos não eram homogéneos estatisticamente. Este aspecto aconteceu porque a amostra do nosso estudo não cumpre os requisitos da amostra estratificada, pois como vimos anteriormente este é um programa de intervenção que visa prestar cuidados a todos os sujeitos que necessitem. Contudo verificamos que a variedade nas configurações de crise é algo que merece ser alvo de futuras pesquisas pois demonstra que a população que acedeu ao KC é bastante

diversificada, chamando a atenção para o facto de a intervenção ser o mais abrangente possível de forma a responder a algumas situações menos esperadas. Pode-se para futuras combinar dados das diferentes edições para conseguir grupos mais homogéneos e assim procedermos a uma avaliação mais rigorosa da influência das diferentes configurações de crise na sintomatologia. Aspecto que incrementaria a intervenção, pois os dados deste estudo que apresentam a expressão da sintomatologia nas diferentes configurações de crise são limitados do ponto vista estatístico. Na medida em que apresenta dados de natureza descritiva como medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão), não sendo possíveis testes mais potentes que permitissem perceber a diferença entre grupos.

Por fim podemos concluir que o essencial do estudo é que se constitui como um estudo de avaliação de resultados e a importância atribuída a este processo por parte da literatura é inequívoca. Além do mais este estudo permite colmatar algumas lacunas nesse campo, pois a avaliação de projectos implementados em contextos recreativos é muito escassa (Akbar, et al., 2011). Portanto este estudo veio constituir-se uma forma interessante de perceber os efeitos que a intervenção exerceu nos participantes, validando a eficácia da intervenção conduzida.

Bibliografia

- Albuquerque, J., P. (2005). Dependência do risco. *Revista Toxicodependências*, 11 (1), 47-52.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psicoequilíbrios.
- Almeida, D. (2009). *Avaliação de programas: Investigação/Ação na prevenção das toxicodependências*. Dissertação de Mestrado em psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Almeida, D. & Mourão, B. (2010). Avaliação de programas de prevenção das Toxicodependências. *Revista Toxicodependências*, 16 (3), 79-88.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B., & Humphris, G. (2011). Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 1186–1202. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.12.002
- Balsa, C. (2005). Festa e droga: circunstâncias dos consumos de substâncias psicoactivas ilícitas na população portuguesa. *Revista da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas*, 17, 17-31.
- Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. & Pascueiro, L. (2007). *II Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/Investigação/Paginas/EstudosConcluidos.aspx> [consultado em 20/05/2011]
- Baños, R., M., & Perpiña, C. (2004). *Exploración psicopatológica*. Madrid: Editorial Sintesis.
- Bedi G., Phan K., Angstadt, M., & Wit, H. (2009). Effects of MDMA on sociability and neural response to social threat and social reward. *Psychopharmacology*, 207, 73-83. Doi: 10.1007/s00213-009-1635-z
- Bouso, J., Doblin, R., Farré, M., Alcábráz, M., & Gómez-Jarabo, G. (2008). MDMA-Assisted Psychotherapy Using Low Doses in a Small Sample of Women with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40 (3), 225-236.

- Calado, V. (2007). Trance psicadélico, drogas sintéticas e paraísos artificiais. Representações: uma análise a partir do ciberespaço. *Revista Toxicodependências*, 13 (1), 21-28.
- Calado, V., & Lavado, E. (2010). Representações Sociais da Droga e da Toxicodependência. Inquérito à população jovem presente no Rock in Rio – Lisboa 2008. *Revista Toxicodependências*, 16 (3), 17-27.
- Caldas, A. (2005). Investigare. *Revista Toxicodependências*, 11 (1), 15-20.
- Carapinha, L. (2009). *Guia de apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*. IDT, I.P: Lisboa.
- Carvalho, M. (2010, Fevereiro). Boom festival 2010 – IDT. Reunião de proposta de parceria. Lisboa.
- Carvalho, J. & Frango, P. (2010). *Programa de Intervenção Focalizada: Relatório Final*. Instituto da Droga e da Toxicodependência: Lisboa.
- Carvalho, M., Pinto de Sousa, M., Frango, P., Carvalho, J., Dias, P., & Veríssimo, L. (2011) *Kosmicare research project – process evaluation report*. Universidade Católica do Porto. Porto.
- Celik, H., Abma, T, A., Klinge, I. & Widdershoven, G., A. (2012). Process evaluation of a diversity training program: The value of a mixed method strategy. *Evaluation and Program Planning*, 35, 54-65. Doi: 10.1016/j.evalprogplan.2011.07.001
- Costa, E., M. (2001). Redução de danos: Preconceitos, obstáculos, justificações. *Revista Toxicodependências*, 7 (3), 53-58.
- Cruz, O., S. & Machado, C. (2010). Consumo “não problemático” de drogas ilegais. *Revista Toxicodependências*, 16 (2), 39-47.
- Devine, C., M., Maley, M., Farrell, T., J., Warren, B., Sadigov, S. & Carrol, J. (2012). Process evaluation of an environmental walking and healthy eating pilot in small rural worksites. *Evaluation and Program Planning*, 35, 88-96. Doi: 10.1016/j.evalprogplan.2011.08.002
- DSM-IV-TR (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi editores.
- Dumont, G., Sweep, F., C., Steen, R., Hermesen, R., Donders A., Touw, D., Gerven M., Buitelaar, J., & Verkes R., (2009). Increased oxytocin concentrations and prosocial feelings in humans after ecstasy (3,4-

methylenedioxymethamphetamine) administration. *Social Neuroscience*, 4 (4), 359-366. Doi: 10.1080/17470910802649470

- EMCCDA. (2001). Guidelines for the evaluation of outreach work: A manual for outreach practitioners. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA. (2009). *Polydrug use: Patterns and Responses*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA. (2011). *Relatório anual 2011: A evolução do fenómeno da droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Ern , S., A. (2003). O exame do estado mental do paciente. In Cunha, J., A. (Eds.), *Psicodiagnóstico -V* (pp. 67-75). Porto Alegre: Artmed editora.
- Escobar, J., A. (2008). *Observação e exploração da percepção visual e do tempo em indivíduos sob estado ampliado de consciência após o consumo de cogumelos “mágicos” (Psilocybe cubensis)*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Cognitiva, Universidade Federal de Pernambuco.
- Fabião, C. (2002). Toxicodependências: duplo diagnostico, Alexitimia e Comportamento. Uma Revisão. *Revista Toxicodependências*, 8 (2), 37-51.
- Far, A., Jeraz, M., Iglesias, E., & Gómez, C. (2007). *Mediadores recreativos y drogas. Nueva  rea para la prevencion*. Irefrea Espa a: Palma de Mallorca.
- Farate, C. (2006). (Os) Comportamentos de risco para a saúde contra adolescência? Interrogações clínicas, evidência neurológica e contradições preventivas. *Revista Toxicodependências*, 12 (3), 21-28.
- Falck, R.S., Wang, J., Carlson, R. G. & Siegal, H., A. (2006). Prevalence and correlates of current depressive symptomatology among a community sample of MDMA use Ohio. *Addictive Behaviors*, 31, 90-101. Doi: 10.1016/j.addbeh.2005.04.017
- Fernandes, L., & Carvalho, M. (2000). Por onde anda o que se oculta: O acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método snowball. *Revista Toxicodependências*, 6 (3), 17-28.
- Ferreira, A., I. (2004). Toxicodependência(s) e Psicoterapia(s). *Revista Toxicodependências*, 10 (2), 65-74.
- Grof, S. (1976). *LSD Psychoterapy*. California: Hunter House.

- IDT, I.P. (2012). Histórico. Disponível em: http://www.idt.pt/PT/IDT/Historico/Paginas/1924_1977.aspx. (Consultado em 09/01/2012).
- Jacob, S., Ouvrard, L. & Bélanger, J. (2011). Participatory evaluation and process use within a social aid organization for at-risk families and youth. *Evaluation and Program Planning*, 34, 113-123. Doi:10.1016/j.evalprogplan.2010.08.002
- Jansen, K. (2004). *Ketamine: Dreams and Realities*. Sarasota: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS).
- Kalafat, J., Illback, R., J. & Sanders D. (2007). The relationship between implementation fidelity and educational outcomes in a school-based family support program: Development of a model for evaluating multidimensional full-service programs. *Evaluation and Program Planning*, 30, 136-148.
- Kanel, K. (2003). *A Guide to crisis intervention*. United States: Brooks/ Cole.
- Kelly, B. (2011). Legally Tripping: A Qualitative Profile of *Salvia Divinorum* Use Among Young Adults. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43 (1), 46-54. Doi: 10.1080/02791072.2011.566500
- Kröger, C., Winter H. & Shaw, R. (1998). Linhas orientadoras para avaliação de acções de prevenção da droga. Manual para planificadores e avaliadores de programas. Munique: EMCDDA.
- Liang, Y., Zuxun, L., Zhang, N. & Shen, L. (2011). Evaluation of multi-dimensional outcomes of chronic diseases: A clinical example from China. *Archives of gerontology and geriatrics*, 52, 106-109. Doi:10.1016/j.archger.2010.08.005
- Liechti, M., Gamma, A., & Vollenweider, F., (2001). Gender differences in the subjective effects of MDMA. *Psychopharmacology*, 154, 161-168. Doi: 10.1007/s002130000648
- Lomba, L., Apóstolo, J., Mendes, F. & Campos, D. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos nocturnos. Quem são e comportamentos que adoptam. *Revista Toxicodependências*, 17 (1), 3-15.
- Macedo, T. (2000). Contributo das neurociências para a compreensão da Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 6 (3), 3-16.

- Marques-Teixeira, J. (1998). Factores biológicos e toxicodependência: Revisão de estudos no âmbito da neurobiologia das drogas. *Revista Toxicodependências*, 4 (3), 3-26.
- Martínez, R., Vivanco, E., & Gómez, C., (2006). Patología orgánica por drogas de síntesis. *Addiciones*, 18 (1), 217-230.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso Ao IBM, SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*, Braga: Psiquilíbrios Edições.
- McGuire, P. (2000). Long term psychiatric and cognitive of MDMA use. *Toxicology Letters*, 112 (113), 153-156.
- Mohamed, W., Hamida, S., Cassel, J., Vasconcelos, A., & Jones, B., (2011). MDMA: Interactions with other Psychoactive Drugs. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 99, 759-774. Doi: 10.1016/j.pbb.2011.06.032
- Nichols, D., E. (2004). Hallucinogens. *Pharmacology & Therapeutics*, 101, 131-181. Doi: 10.1016/j.pharmthera.2003.11.002
- Pan, S., L., Pan, G., S., Newman, M. & Flynn, D. (2006). Escalation and de-escalation of commitment to information systems projects: Insights from a project evaluation model. *European Journal of Operational Research*, 173, 1139-1160. Doi: 10.1016/j.ejor.2005.07.009
- Parker, H., Williams, L., & Aldridge, J. (2002). The normalization of “sensible” recreational drug use: further evidence from the north west England longitudinal study. *Sociology*, 36 (4), 941-964. Doi: 10.1177/003803850203600408
- Puig, J. S. (2003). LSD y alucinógenos. *Adicciones*, 15 (2), 179-198.
- Reynaud-Maurupt, C. Cadet-Taïrou, A., & Zoll, A. (2009). The Contemporary Uses of Hallucinogenic Plants and Mushrooms: A Qualitative Exploratory Study Carried Out in France. *Informa Healthcare*, 44, 1519-1552. Doi: 10.3109/10826080802490170
- Roberts, A. (1990). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research*. USA: Wadsworth Publishing Company.
- Scarinci, I., C., Johnson, R., Hardy, C., Marron, J. & Partridge, E., E. (2009). Planning and implementation of a participatory evaluation strategy: A viable approach in the evaluation of community-based participatory programs

addressing cancer disparities. *Evaluation and Program Planning*, 32, 221-228.
Doi: 10.1016/j.evalprogplan.2009.01.001

- Sessa, B. (2008). Is it time to revisit the role of psychedelic drugs in enhancing human creativity? *Journal of Psychopharmacology*, 22 (8), 821-827. Doi: 1177/0269881108091
- Silva, V. (2005). Techno, House e Trance: Uma incursão pelas culturas de “dance music”. *Revista Toxicodependências*, 11 (3), 63-73.
- Silva, V. (2006). Trance, House e Techno. Uma análise à luz das teorias das subculturas. *Revista Toxicodependências*, 12 (2), 11-19.
- Singer, L., Linares, T., Ntriri, S., Henry, R., & Minnes, S. (2004). Psychosocial profiles of older adolescent MDMA users. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 245-252. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2003.12.015
- Shannon, L., M., Walker, R. & Blevins, M. (2009). Developing a new system to measure outcomes in a service coordination program for youth with severe emotional disturbance. *Evaluation and Program Planning*, 32, 109-118. Doi: 10.1016/j.evalprogplan.2008.09.006
- Smith, B., D., Kalayil, E., J., Patel-Larson, A., Chen, B. & Vaughan, M. (2012). Retaining clients in an outcome monitoring evaluation study: HIV prevention efforts in community settings. *Evaluation and Program Planning*, 35, 16-24. Doi: 10.1016/j.evalprogplan.2011.06.002
- Snyderman, D. & Rovner, B., W. (2009). Mental Examination in Primary Care: A Review. *American Family Physician*, 80 (8), 809-814.
- Studerus, E., Gamma, A. & Vollenweider, F., X. (2010). Psychometric Evaluation of the Altered States of Consciousness Rating Scale (OAV). *Plos one*, 5 (8), 1-19.
- Tavares, M., A., Araújo, A., S., Lopes, I., Silva, J., G. & Sousa, L. (2002). Drogas de abuso: O discurso da biologia. *Revista Toxicodependências*, 8, (2), 3-16.
- Trigueiros, L. & Carvalho, M., C. (2010). Novos usos de drogas: um estudo qualitativo a partir das trajetórias de vida. *Revista Toxicodependências*, 16 (3), 29-44.
- Viana, L., M. (2002). Ecstasy: História, Mitos & Factos. *Revista Toxicodependências*, 8 (1), 65-78.

- Zinberg, N. (1980). The social setting as a control mechanism in intoxicant use. In Lettieri, D., Sayers, M., & Pearson, H. (Ed.), *Theories on drug abuse: Select Contemporary Perspectives*. National Institute on Drug Abuse. Washington.

ANEXOS

Anexo A: Instrumento *Mental Stat Exam Checklist (MSEC)*

Part 1			
Appearance, attitude and awareness of personal condition	Yes	No	N.O.
1. Person is inappropriately clothed for context			
2. Person presents poor personal care with hygiene.			
3. Person has distinctive personal traits (such as impairments, body modifications or others)			
4. Person is uncooperative with observation and intervention			
5. Person presents inadequate posture (only stands with help, is laying down or is retracted)			
6. Person presents inadequate eye contact (is avoidant, looking down, stares at inexistent object or stares at people)			
7. Person presents inadequate voice tone (speaks too loud, too low or is speechless)			
8. Person is physically agitated or aggressive.			
9. Person is disturbed or terrified			
10. Person is unaware of his/her condition and related severity			
11. Person is unaware of reality surrounding him/her			
(mark 0: ____; 1: ____; or 2: ____)			
Assessment			
Part 2			
Psychomotor Behavior	Yes	No	N.O.
12. Person has difficulty moving a specific limb or body part.			
13. Person has absence of movement in a specific limb or body part.			
14. Person is totally immobile, has a stereotyped posture and no reaction to external stimuli.			
15. Person presents incontinence (urinary and/or fecal)			
16. Person presents diminished/slow motor activity.			
17. Person presents slow motor activity in the beginning of movement.			
18. Person presents constant movement, hyperactivity and physical agitation			
19. Person imitates the facial expression of the person interacting with him/her.			
20. Person presents rhythmical oscillatory movements in distal areas of body.			
21. Person presents continuous, rhythmic and slow movements to face, tongue or extremities.			
22. Person presents quick, sudden and unexpected movements.			
23. Person presents long contractions or circulatory movements to back, neck or eyes (acute dystonia).			
24. Person presents tics.			
25. Person presents vocal tics.			
26. Person presents spontaneous, repetitive, persistent movements with no apparent motive, and is incapable of controlling them (stereotypy).			
27. Person presents non-voluntary movements while in an altered consciousness state (while sleeping included).			
28. Person presents expressive voluntary movements that lack spontaneity or seem forced (mannerisms).			
29. Person presents compulsion to execute a sequence of repetitive stereotyped movements with no apparent relation to the purpose of action (compulsions).			
30. Person engages in ritualistic behaviours (confirmatory or safety rituals)			
31. Person presents "still-face"/reduced expression (hypomimic)			
32. Person presents exaggerated gestures and facial expressions (hypermimic)			
33. Person's facial expression and underlying emotional expression lack accordance (dysmimic)			
34. Person presents inadequate behaviour ("gross" behaviour).			
Assessment			
Part 3			
Conscience, Alertness, Attention and Orientation	Yes	No	N.O.
35. Person is sleepy, confused, has trouble recognizing where he/she is and has difficulty processing stimuli; but is spatially oriented and behaves coherently. (slightly diminished conscience)			

36. Person presents apathy, sleepiness - might fall asleep in the absence of stimuli), has trouble articulating speech but conserves reflexes (lethargic)			
37. Person has total loss of conscience, voluntary motor activity, muscle tonicity and reflexive behaviour. (comatose)			
38. Person is disoriented, presents unorganized thought, incomprehensible speech and perceptive alterations (delirious).			
39. Person presents altered thought, diminished perception, disorientation, and attention and concentration problems (confusion).			
Part 3			
Conscience, Alertness, Attention and Orientation (continued)			
	Yes	No	N.O.
40. Person's conscience is restricted to a focus in a number of internal experiences, with hallucinations, delirium, attention deficit and confused thought. (crepuscular state)			
41. Person has wondered around for hours with no clear destiny.			
42. Person is completely unresponsive, immobile and silent (stupor)			
43. Person has no response to painful stimuli. (stupor)			
44. Person is unable to identify day, day of week, month, year, season, etc. (temporally disoriented)			
45. Person is unable to say where he/she is at (spatially disoriented)			
46. Person has trouble recalling who he/she is, which persons are their friends, their names, relations between people, or how others relate to him/her (personally disoriented).			
47. Person over-concentrates in a particular object, situation or stimulus (hyper concentration).			
48. Person is unable to focus attention (lack of concentration).			
49. Person has difficulty focusing attention and separating different stimuli (easily distracted).			
50. Person is hyper-vigilant.			
51. Person is amnesic.			
52. Person reports an experience where two distinct places seem to exist in two different but parallel spaces (duplicative paramnesia)			
53. Person recognizes people he/she has never seen before. (false recognition).			
54. Person has trouble expressing familiarity to people and situations he/she is suppose to be familiar with.			
55. Person has trouble recognizing and naming familiar objects (agnosia).			
56. Person perceives objects in an illusory way (illusions).			
57. Person presents perceptions about objects that aren't physically present at the moment. (pseudo-perceptions)			
58. Person presents perceptions in the absence of correspondent stimulus. (hallucinations)			
Part 4			
Language and Speech			
	Yes	No	N.O.
59. Person has difficulty expressing ideas through language. (dysphasia)			
60. Person has difficulty articulating speech. (dysarthria)			
61. Person has trouble modulating speech.			
62. Person is speechless.			
63. Person is verbose and talkative.			
64. Person slurrifies, mumbles.			
65. Person has a stutter.			
Part 5			
Thought Processes			
	Yes	No	N.O.
66. Person changes suddenly the content of communication, presenting rupture between distinct ideas/thoughts.			
67. Person's speech is unintelligible, syntax rules aren't respected and words are randomly presented (incoherent speech)			
68. Person presents ideas in a very fast and confusing way.			
69. Person's speech has poor content.			
70. Person loses track of what he/she was saying.			

72. Person expresses thoughts whose related content has no relation to external known cause. (delirious)			
73. Person presents intrusive, persistent ideas, images or impulses. (obsessive thoughts)			
74. Person presents unfounded fear and anxiety towards a situation that he/she perceive as threatening (fobic).			
75. Person has violent thoughts expressed towards him/her self.			
76. Person has violent thoughts expressed towards others.			
Part 6 <div> Self Consciousness <div> Assessment <div> Yes No N.O. </div> </div> </div>			
77. Person recognises him/her self as responsible for all personal activities (emotions, thoughts, speech and movement)			
78. Person believes personal activities he/she executes are imposed by someone outside of him/her self.			
79. Person experiences the feeling of being unreal or awkward to him/her self.			
80. Person experiences the feeling that context around him/her is unreal.			
81. Person has no emotional reaction to a given situation.			
82. Person feels like being outside of him/her self and able to watch and ear him/her self as if being another person.			
83. Person expresses feeling like being another different person/being reborn.			
84. Person expresses feeling like being one with its surrounding context, and being one with other people/elements surrounding him/her			
85. Person expresses distorted consciousness about his/her body/body scheme.			
Part 7 <div> Affect and Emotions <div> Assessment <div> Yes No N.O. </div> </div> </div>			
86. Person presents sudden mood changes.			
87. Person is unable to contain feelings and emotions.			
88. Person responds with both positive and negative feelings to the same situation.			
89. Person's feelings and emotions are persistent independently of situation/context.			
90. Person seems unable to express feelings and emotions and respond to situations with emotional resonance.			
91. Person expresses a positive feeling/emotion to a negative situation or vice-versa.			
92. Person is anxious.			
93. Person is depressed.			
94. Person is euphoric.			
95. Person is hostile/angry.			
Part 8 <div> Physiological Functions <div> Assessment <div> Yes No N.O. </div> </div> </div>			
96. Person presents altered sleeping patterns.			
97. Person presents altered appetite and food ingestion patterns.			
98. Person presents altered sexual behavior and libido.			
99. Person expresses feeling pain, fatigue or loss of energy/vitality.			